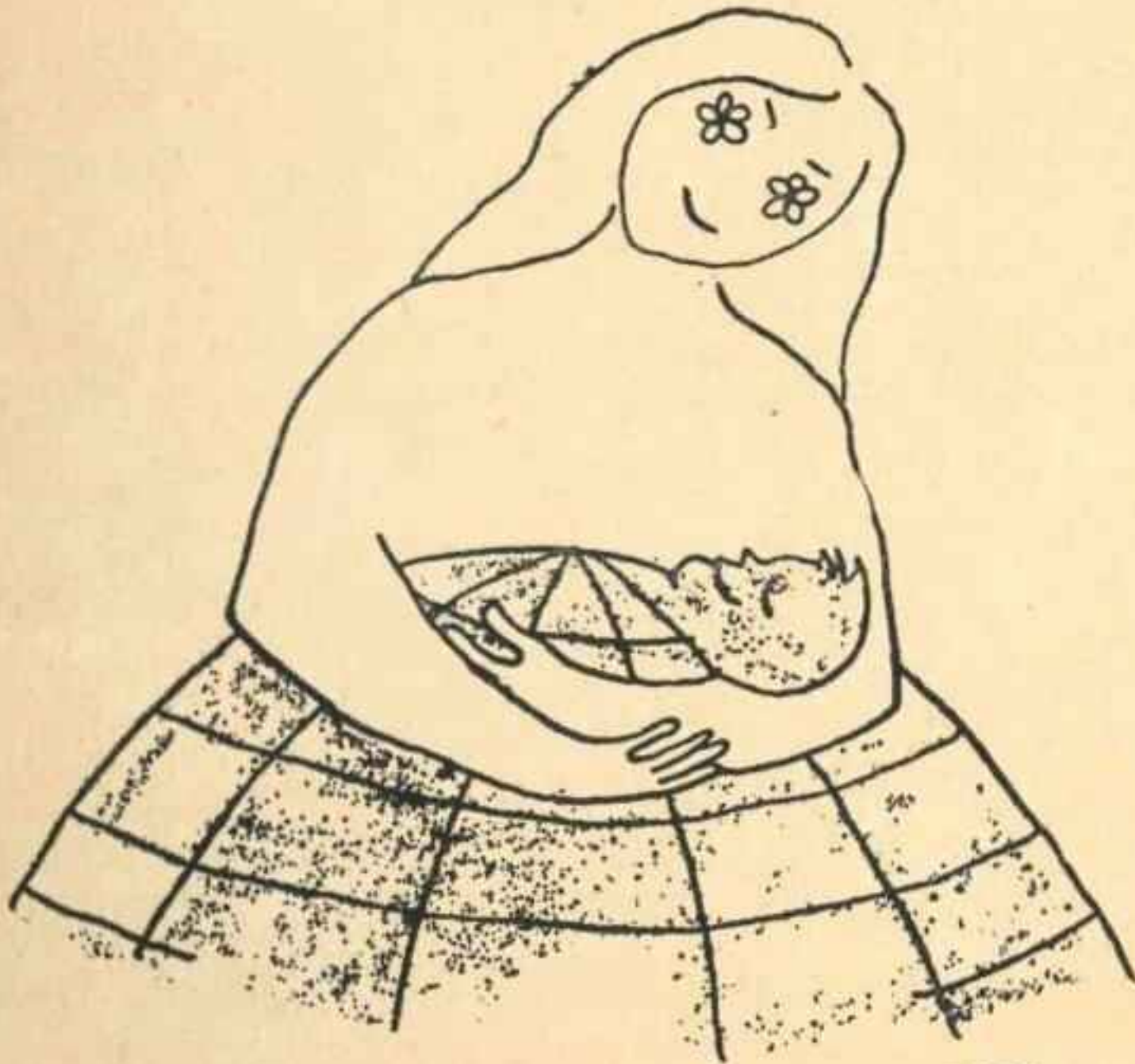


ANKARA
VE
İZMİR

TOB

TABİP ODALARI BÜLTENİ



nermin
ÖZKAN

SAYIN OKUYUCULARIMIZ

**TOB'a Abone Olunuz
Abone Bulunuz**

SAYIN ABONELERİMİZ

Lütfen Aboneliğinizi Yenileyiniz

TOB DERGİSİNE BİR YILLIK ABONE OLMAK İÇİN,
96482 NO'LU POSTA ÇEKİ HESABINA, OKUNUR ADRESİ-
NİZLE BİRLİKTE 100 TL. YATIRMANIZ YETERLİDİR.

ESKİ SAYILARIMIZ ÖDEMELİ GÖNDERİLİR.

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|-----|
| Haberler | 3 |
| Prof. Dr. Nusret FİŞEK | 16 |
| Dr. Turhan TEMUÇİN | 22 |
| Aziz NESİN | 24 |
| Dr. Muzaffer HACIHASANOĞLU | 28 |
| Psikoloji ve İşkence (Psikolog Gündüz VASSAF) | 29 |
| Bir Bilim Adamının Savunması (Doç. Dr. Server TANILLI ... | 35 |
| Genel Sağlık Sigortasına Hayır (Mithat GÖRKEM) | 41 |
| Ülkemizde Çocuk Ölümleri (Doç. Dr. Erol MAVİ) | 44 |
| Eşrefpaşa 2 No'lu Ana - Çocuk Sağlığı Merkezi Yöresinde Kreş Gereksinimini Saptama Araştırması (Çınar BATU, Gülşen SEVİM, Dr. Güzin AKSU) | 51 |
| Kreş Sorunu (İzmir Tabip Odası / Halk Sağlığı Bürosu / Ana - Çocuk Sağlığı Ekibi) | 67 |
| Kentleşme, Konut ve Sağlık Üzerine (Dr. Fikret BAŞKAYA, Bilger BUHARALI) | 73 |
| Türkiye'de İşçi Sağlığı (Stj. Dr. Ferda ÇELENK) | 86 |
| Tıptaki Çoğunluk (Viladimir LYUBOVNY) | 95 |
| Sağlığın Değeri ve Maliyeti (Dawn LİBERİ) | 99 |
| Okuyucu Mektupları | 102 |

TOB

Türk Tabipler Birliği
Ankara ve İzmir Tabip
Odaları Aylık Yayın Organı

Sahibi

Ankara Tabip Odası Başkanı
Dr. Hamdi ÖĞÜŞ

Yazı İşleri Müdürü :

Dr. Orhan AYBERS

Teknik Sekreter :

Cevdet DURANOĞLU

Yazı Kurulu :

(Ankara Tabip Odası'ndan)

Dr. Hamdi ÖĞÜŞ, Dr. Bülent
KAVAKLI, Dr. Orhan AYBERS

(İzmir Tabip Odası'ndan)

Dr. Mustafa ULUSOY, Dr. Erkan
Sevinç, Dr. Soniz EVREN

Yönetim Yeri :

Hanımeli Sok. 16/2
Sıhhiye/ANKARA

Kapak ve iç baskı :

HALKEVLERİ KÜLTÜR VAKFI BASIMEVİ

Tel : 18 81 03

Sayısı 10 TL. Yıllık Abone 100 TL.

Öğrencilere Yıllık Abone 60 TL.

Dış ülkelere 12 \$ (Normal Posta) Ya-
yınlanan yazılardaki görüş ve düşün-
celer yazarlarına aittir. Odalarımızı ve
TOB'u bağlamaz.

İlan Tarifesi :

Kapaklar 1500 TL.

İç tam sayfa 1000 TL.

İç yarım sayfa 750 TL.

haberler

SSK'da çalışan doktorlara artık nöbet parası verilecek

SSK'da; acil vakalar için mesai saatleri dışında sağlık tesisine çağırılan veya hasta evine gönderilen kurumun tabip, d ş hekimi ve eczacıları ile tababet uzmanlık tüzüğüne göre uzman olan biyolog, kimyager, kimya lisansiyeye, kimya mühendisi ve veterinerlerinin acil vaka ve nöbet tazminatlarını düzenleyen yönetmelik 11 Kasım 1976 günlü resmi gazetede yayımlandı.

Sosyal Güvenlik Bakanlığının onayı ile yürürlüğe giren yönetmelikte acil vaka ve nöbet tazminatları şöyle belirlenmiştir.

a) Normal mesai günlerinde saat 24.00 e kadar olan süre içinde:

I — Tıbbî işlemler veya küçük müdahaleler için:

Müstehak olduğu nöbet tazminatının % 40 ı,

II — Süresi bir saati aşan tıbbî işlemler için:

Müstehak olduğu nöbet tazminatının % 70 i,

III — Orta cerrahî müdahalelerde:

Müstehak olduğu nöbet tazminatının % 70 i,

IV — Büyük cerrahi müdahalelerde:

Müstehak olduğu nöbet tazminatının % 100 ü,

Acil vak'a tazminatı olarak öderir.

b) Resmi tâtil günleri ile saat 24 den sonra yapılan çağrılarda yukarıda yazılı miktarlar % 50 oranında arttırılır.

c) Saat 24.00 ilâ 8.00 arası âcil vak'aya çağırılanların çalışmaları saat 24.00 den evvel başladığı veya saat 8.00 den sonra devam ettiği takdirde çalışmanın büyük kısmının geçtiği süre dikkate alınarak tazminatlar % 50 zamlı olarak ödenir.

Madde 2 — Kurum Sağlık tesislerinde nöbet tutan yukarıda 1 nci madde de sayılan Personele her nöbet günü için:

a) Her yıl Bütçe Kanunu ile tespit edilen katsayının, derece ve kademeleri hizalarında yazılı gösterge rakkamı (lira) ile çarpımı sonucu tesbit edilecek brüt miktar üzerinden nöbet tazminatı ödenir.

| Derece ve Kademe | Gösterge | Kademe | Gösterge |
|-----------------------------|----------|------------|----------|
| 1 nci derece ve kademeleri | 29 | 5/1 ve 5/2 | 26 |
| | | 5/3 | 29 |
| 2 nci derece Kademeleri | 29 | 6/1 ve 6/2 | 26 |
| | | 6/3 | 25 |
| 3 üncü derece ve Kademeleri | 29 | 7/1 | 24 |
| | | 7/2 | 26 |
| 4 üncü derece ve Kademeleri | 31 | 7/3 | 24 |

b) Gündüz nöbeti tutulan yerlerde gece - gündüz nöbet tazminatının % 50 si ödenir.

c) Nöbet tazminatı, Resmî Tatil günlerinde yukarıda tesbit edilen miktarlara % 50, yarım mesûli tatil günlerinde % 25 zam verilmek suretiyle ödenir.

Madde 3 — Asistanlara tuttukları beher nöbet için her yıl Bütçe Kanunu ile belirlenen katsayının, derece ve kademeleri hizolarında yazılı gösterge rakkamı (lira) ile çarpımı sonucu tesbit edilecek brüt miktar üzerinden nöbet tazminatı ödenir.

| Derece ve Kademe | Gösterge |
|-----------------------------|----------|
| 5 inci derece ve kademeleri | 18 |
| 6 inci derece ve kademeleri | 17 |
| 7 inci derece ve kademeleri | 17 |

Madde 4 — Acil vak'alar için çağırılma ve nöbet tazminatları, başhekimlikçe düzenlenecek cetvellere göre her ay sonunda ödenir.

Madde 5 — Bu yönetmelikte yer alan hükümler sözleşmeli olarak çalıştırılanlar hakkında uygulanmaz.

Madde 6 — Acil vak'a ve nöbet tazminatları hakkındaki 2/9/1966 tarihli 1046 sayılı genelge eki Bakanlık genelgesi yürürlükten kaldırılmıştır.

Bilindiği gibi, karşılıksız çalışmayı Anayasamız «Angarya» olarak nitelemiş ve yasaklamıştı.

Diğer sağlık ünitelerinde olduğu gibi SSK'da da yıllardır kanayan bir yara olan sağlık personelinin tuttukları nöbetlerin karşılıksız kalması, şimdi bir oranda düzeltilmiş olmasına karşın geçmiş yıllara ait nöbet karşılıkları karşılıksız kalmaktadır.

Öte yandan sağlığın bozuk düzeninden ötürü, eşit emek karşılığı ödenen ücretlerde çok büyük değişiklikler görülmekte. Bu durum bir yandan haklı yakınlara neden olurken, bir yandan da hizmetin verimini etkilemektedir. Ayrıcalıkları ortadan kaldırmak için temel yaklaşım eşit emeğe eşit ücret olmalıdır.

Türk Hukuk Kurumunda Yapılan Açık Oturumda

Tüm Çalışanlara Sendikalaşma Hakkı İstendi

Geçtiğimiz günlerde Ankara'da Türk Hukuk Kurumunda yapılan açık oturumda konuşmacılar, çalışanlar arasında işçi—Memur gibi yapay ayırımlara karşı olduklarını belirtirlerken, tüm çalışanların grevli, toplu sözleşmeli sendika hakkına sahip olmaları gerektiği konusunda birleşmişlerdir.

Açık oturuma katılan konuşmacıların söyledikleri özetle şöyledir:

Prof. Muammer AKSOY: İşçilerin memurlaştırılması çabalarının demokratik ülke olmanın koşulları dışında kabul edilmesi gerektiğini, bugün hiçbir ülkenin arayasında çalışanların sendikalaşma

hakkını önleyici hükümler olmadığını, tek yolun bütün çalışanların işçi—memur ayırımı yapmaksızın sendikalaşması olduğunu belirtmiştir.

Hukuk Fakültesi öğretim üyesi Rüçhan IŞIK:

«Konu gerçekte teknik bir sorun değildir. Teknik olmanın ötesinde bir sosyal politika tercihi meselesidir. İşçi—Memur ayırımı çıkmazı, yasama ve yürütme organlarının bu tür tasarruflarıyla ilgili görüşlerinden doğmaktadır» derken.

DOÇ. Alpaslan IŞIKLI ise, sorunun kapitalist ekonominin gelişmesinin be-

-SSK'DA BİR DOKTOR GÜNDE
100~150 HASTAYA BAKMAK ZORUNDA KALİYOR -(BASIN)



ŞEK
CUM

İriginleşmesi sonucu, onun belli sonuçlarından biri olarak ortaya çıktığını, bu gün faşist İspanya dahil, tüm ülkelerde çalışanların sendikalaşma hakkının olduğunu belirtmiştir.

Daha sonra konuşan Sosyal—İş Sendikası Genel Başkanı Özcan KESKEÇ «Sorunun temelinde sınıfsal ne-

denler yattığını, siyasal iktidarların ter cihlerine bırakılan böyle ayırımların ser maye sınıfına yeni finansman kaynakları yaratma amacına yönelik olduğunu belirterek, tüm çalışanlara sözleşmeli, grevli sendikal haklar verilmesinin zorunlu olduğunu» açıklamıştır.

Sağlık Hizmetleri Tümden Devletleştirilmeli

Devlet İlaç Fabrikaları Kurmalıdır

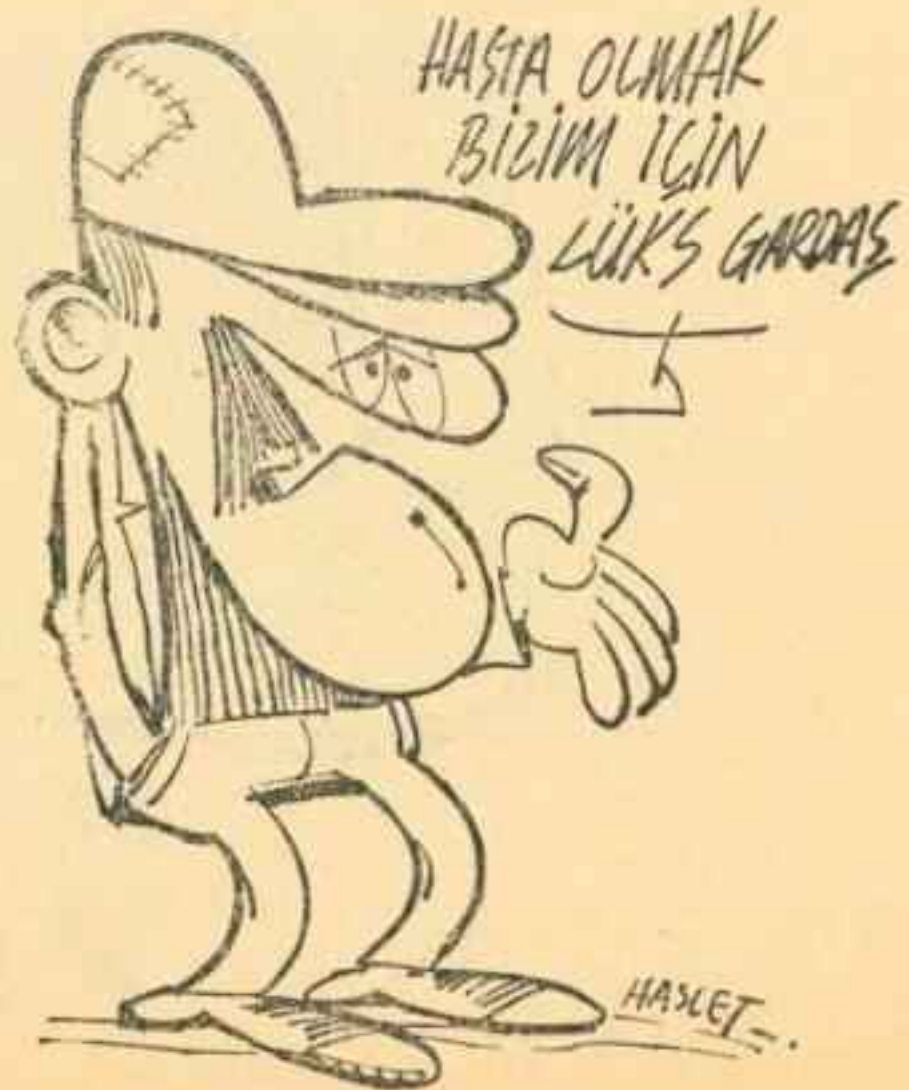
Ülkemizde ilaç sanayii başlangıçtan beri tamamen özel sektöre bırakılmıştır. Devlet bu sanayie göstermelik kalite kontrolleri ve fiyat tesbitinden başka katkıda bulunmamaktadır. İlçaların kalite kontrolleri Refik Soydan Hıfzı Sıhha Enstitüsünde yetersiz yapılmakta, bu kontrollarda bile ilaçların kalite leri bozuktur hatta sağlığa aykırı bulunmaktadır. 13.7.1976 gün 2118 sayılı Sağlık Bakanlığı Eczacılık ve Tıbbi Müstahzarlar Genel Müdürlüğü geçici genelgesinde 10 firmanın bazı ilaçlarında ilaç aktif maddesinin bulunmadığı, bazılarında ise sağlığa zarar verebilecek maddeler bulunduğu yayınlanmıştır. Bu da göstermektedir ki, yetersiz kontrollardan cesaret alan ilaç firmaları kalitesiz ve faydasız ilaç yapabilmektedirler.

İlaç fiyatları ise, firmaların bakanlığa verdikleri fiyat beyannamelerine göre hazırlanmakta, bu beyannamelerde ise, gerek işçi ücretleri gerekse ambalaj masrafları abartılabilmektedir.

Bir kişi bir sahaya kapitalini yatırıyor, bu yatırımın karşılığında bir kazanç beklemektedir. Özel sektöre ait ilaç firmaları da yatırımı yaptıkları fabrikalardan kar etmek istemektedirler. Bunda da içinde bulunduğumuz eko-

nomik düzende haklı gibi görünmektedirler. İnsan sağlığını ilgilendiren bu konunun kar amacı güder kurumlara bırakılmasının sakıncaları ortadadır. Bu düzen içersinde ilaç firmaları işçi ücretlerinin ya da ham madde fiyatlarının artımını bahane ederek ilaç fiyatlarına sık sık zam istemektedirler ve politik nedenlerle bu zam verilmeyince de bazı önemli ilaçları piyasaya sürmemektedirler.

Son durum da aynıdır. İlaç firmaları yeni zamlar isteyerek ve bunu sağlamak için de bazı önemli ilaçları piyasadan çekmişlerdir. Çok uluslu te-



kellerin elinde ham madde yönünder dışa bağımlı ilaç sanayii fiat dalgalanmalarına açıktır. Üretici firmalar daha fazla kar edebilmek için başka bir ülkede olmayan ilaç kombinasyonları ve ambalajlama sistemleri yaratmaktadır. Örneğin antibiyotikle vitaminle ağrı kesici ya da hepsinin karışını yapıp piyasaya daha yüksek fiatla sürmektedirler.

İlaçların ambalajlanması da ayrı bir sorundur. Küçük fakat lüks ambalajlarla fiyat artırılmakta böylece kar oranları artırılmaktadır. Ayrıca bir antibiyotik 16. 24. 50 kapsüllük ambalajlarla piyasaya verilmektedir. Hekim 16 kapsüllük 1 kutu ilaç yazsa sağıtıma yetmemekte 24 yazsa çok gelmektedir. Sağımdan artı kalan ilaçlar heber edilmektedir.

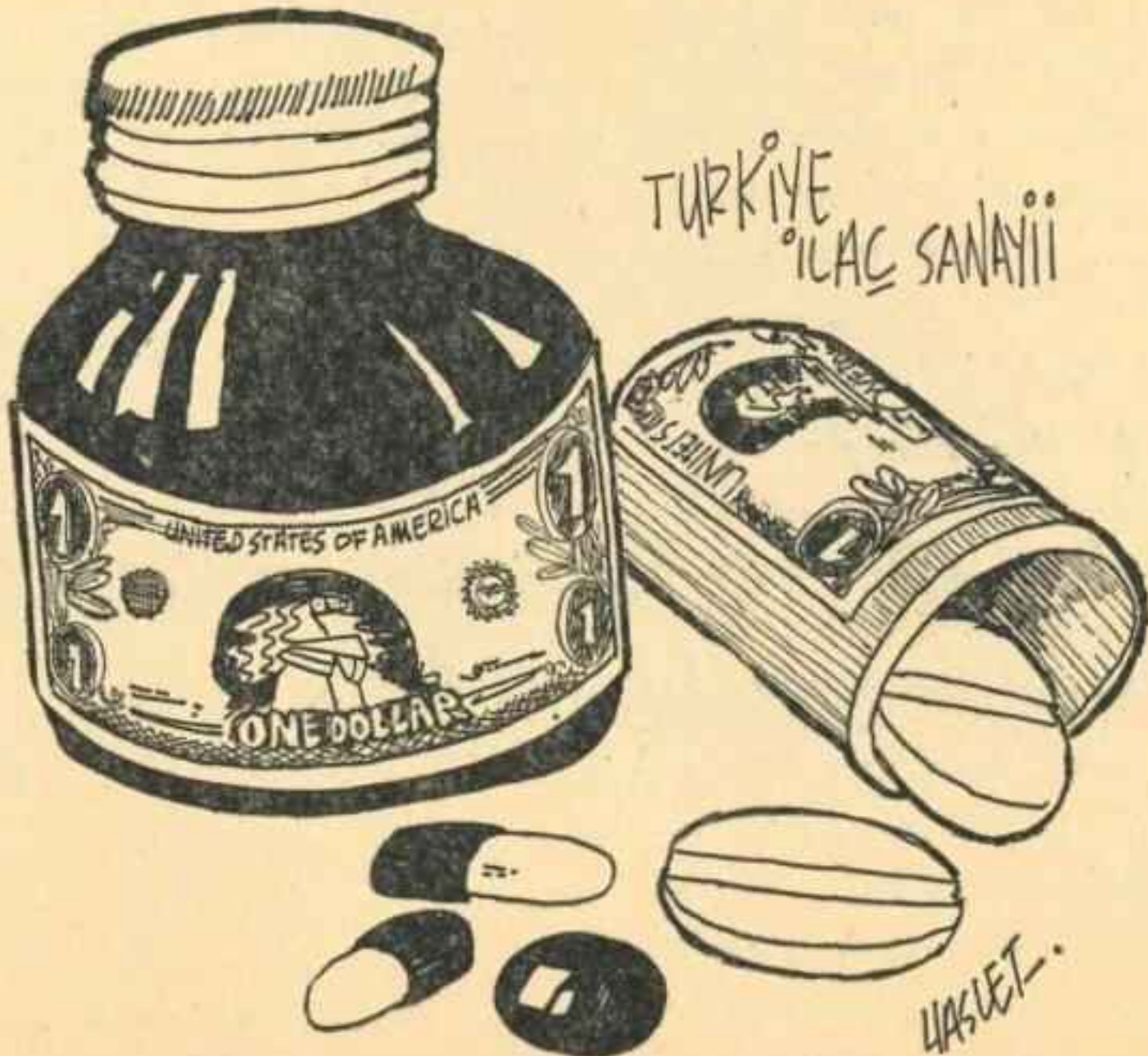
Hükümetlerin halkın sağlığıyla yakından ilgilermesi anayasa emridir. Bunun en kestirme yolu tüm sağlık hizmetlerinin devletleştirilmesidir. Söz-

de çıkartılmak istenen Genel Sağlık Sigortası bu haliyle büyük şehirlerde var olan doktor sayısı fazlalığını daha da artırmakta ve nasıl olsa prim ödüyorum diye halkın gereksiz yere fazla ilaç tüketimini sağlayıp ilaç firmalarını daha da zenginleştirmekten başka bir işe yaramayacaktır.

Toplumumuzun içinde bulunduğu ekonomik düzende diğer sosyo—ekonomik sorunlar gibi ilaç sorunuda eyyamcı politikacılıkla çözümlenemez.

Sonuç olarak Devlet ilaç üretimini ele almalı hammaddesiyle birlikte ilacı kendisi yapmalı ve ücretsiz dağıtmalıdır.

Günlerdenberi basın—yayın organlarında sözü edilen ilaç işverenlerinin zam istekleri konusunda nihayet CHP ve TBP'den ses geldi. İlaç işverenlerinin ilaca zam yapılması isteklerine karşı CHP ve TBP yöneticileri basına aşağıdaki demeçleri verdiler:



CHP : « Aslında İlaç Fiyatlarının Artırılması Değil, Düşürülmesi Gerekir »

«Bugünkü hükümet elinde halkımızın günlük yaşamının bir parçası haline gelen zamlara, bir yenisini eklemek üzeredir. İlaç sanayicileri ilaç fiyatları na yakında yüzde 20 zam yapacaklarını açıklamışlardır.

Demirel hükümetinin bugüne kadar yaptığı zamlarla hayat, halkımız için dayanılmaz hale getirilmiştir. İlaçlara yapılacak zamlarla hayat yaşanmaz hale getirilmek istenmektedir.

Aslında ilaç fiyatlarının arttırılması değil, düşürülmesi gerekir. Çünkü maliyetler yüksek gösterilmekte ve bu nedenle çok yüksek kâr elde edilmektedir.

Bugünkü düzende maliyetin yüksek gösterilmesi sonucunda kâr da artmaktadır. Örneğin maliyet 10 lira olunca kâr 2 lira ise, maliyet 50 lira gösterildiğinde kâr 10 liraya çıkmaktadır.

Bu nedenle,

— İlaç hammaddesi ithâlinin denetim altında bulunmaması yüzünden ithâl fiyatları çok yüksek gösterilmektedir. Bunun sorumlusu bugünkü hükümettir.

— Gereksiz ve lüks ambalajlama yüzünden maliyetler artmaktadır.

— Fabrikaların reklâm masrafları maliyeti yükseltmektedir.

Bu ve benzeri yollardan birçok ilâcın maliyeti iki kat artmaktadır.

Halkımız artan pahalılık yüzünden giderek yoksullaşmakta ve sağlığını koruyacak yeterli gıdayı alamamaktadır. İlaç fiyatlarının arttırılmasıyla bozulan sağlığı için gerekli ilâcı alamaz duruma getirilecektir.

Demirel hükümeti Sosyal Sigortalar Kurumunun ilaç yapmasını yıllardır engellemektedir. İlaç fiyatlarına yapılacak zam bu hükümetin halkın sağlığından yana mı yoksa ilaç sanayicilerinden yana mı olduğunu bir kere daha gösterecektir.»

TBP: «İlaç Sanayii Tamamen Emperyalist Tekellerin Denetimi Altındadır»

1961 Anayasası, halkın sağlığını korumak ve tedavisini sağlamak görevini Devlete vermiştir. Bu duruma göre sağlık hizmetlerinin tümü ile ger-

çekleştirilmesi devletin başlıca ve en önemli görevlerinden biridir.

Ancak, bugünkü siyasal iktidarın yapısı, sosyal ve ekonomik görüşü, dev

let yönetimindeki partizanca tutum ve davranışı, ülkemiz halkının sağlık sorunlarını kökten çözüme kavuşturmaya elverişli değildir.

Özellikle, ilaç sanayi tamamen emperyalist tekellerin denetimi altındadır. Kamu sağlığı bir avuç ilaç imalatçısı-nın keyfine ve insafına terkedilmiştir. Bunlar, ilaç fiyatlarına zam istekleri gerçekleşmediği an, hayati önemdeki ilaçların üretimini durdurabilmektedirler. Hükümet halkımızın sağlığı ile oynayan, halk sağlığını bir ticaret ve sömürü aracı sayan bu ilaç imalatçılarına karşı hiç bir önleyici tedbir alamamaktadır. Bunun içindir ki ilaç fiyatları keyfi bir şekilde hızlı olarak artırılmakta, ilaç almak zorunda kalan vatandaşlarımız imkânsızlık içinde kaderlerine terkedilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin tümü ülke hında dengeli ve adil bir biçimde dağıtılarak, halkımızın sağlık sorunları-

nın çözüme kavuşturulması bugün ülkemizin en büyük sorunudur. Bu sorunun çözümü ancak, sağlık hizmetleri ve ilaç sanayinin devletleştirilmesiyle mümkün olmakla beraber. Milli Cephe iktidarını oluşturan siyasi partilerin programları ve siyasi felsefeleri gereği, bunu yapamıyacaklarına göre öncelikle şu tedbirlerin alınması gereklidir:

— Sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu yasası tam ve eksiksiz olarak günümüz koşullarına göre uygulanmalıdır.

— İlaç ham maddelerinin ithali devlet tarafından yapılmalıdır.

— Kamu sağlığını hiçe sayarak ilaç üretimini kesen ilaç imalatçıları üzerinde hükümetin istenilen etkili tedbirleri alabilmesi için gerekli yasalar çıkarılmalıdır.

— İlaç imalatçılarının keyfine göre, ilaca zam yapılmamalıdır.

Genel Sağlık Sigortası Tasarısı Yasalaşırsa

Memur Maaşlarında Azalma Olacak

Tüm Memurlar Birleşme ve Dayanışma Derneği (TÜM—DER) Genel Sekreteri Mithat Görkem basına yaptığı bir açıklama ile 12 Mart olaganüstü dönemi sırasında kurulan bir komisyonda tezgahlanan ve MC tarafından yasalaşması için Meclislere sevk edilen Genel Sağlık Sigortası Yasa Tasarısına memurların karşı olduklarını açıklamıştır.

Tüm—Der'in açıklaması şöyle:

•Tasarı yasalaştığında, tüm halktan yüzde 4 kesinti yapılacaktır. Böylece

finansman sorununa çözüm bekleniyor. Ancak, Türkiye'de gelir vergisinin yüzde 66'sının memur ve işçilerden, yüzde 34'ünün de diğer kesimlerden alındığı dikkate alınırsa, çıkarılacak yasa ile yükün kimin omuzlarına yükleneyeceği açığa çıkıyor.

Bunun karşılığında olacaklar ise şunlar: Bir kez tasarı, başta ilaç şirketleri olmak üzere, sermaye çevrelerine, özel hastanelere ve muayehanelere yeni çıkarlar sağlayan yolu sonuna

dek açıyor.. Tasarı, sağlık personelinin büyük kertilere yığılmasını getirecek. Nedeni, muayene olacakların sayısının çokluğu. Her muayene olana ise verilecek olan reçete bedellerinin yüzde 25'i hastadan alınacak.

Bilindiği gibi, 1977 yılı bütçesinde memur maaşlarında katsayının 10 olacağı yetkililerce belirtiliyor. Bu taban da 160 lira, üst derecede ise 1000 lira artış demek. Bu artışlar bürüt. Neti ise alt kademede 90 lira civarında. Sigorta kesintisi ile geri alınacak miktar miktar 80 lira olacak. Böylece katsayı ile verilen, bu tasarı ile geri alınacak. Alınan paranın gideceği yer ise sermaye sınıfının kasaları. Böylece MC bir kez daha sermayenin sözcüsü olduğunu kanıtlıyor.

YASA ÇIKMAMALI

Anayasa'nın 49. maddesinde «Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı için de yaşayabilmesi ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir» denilmekte. Madde açık, halkın sağlığının korunmasının devletin ödevi olduğu belirtiliyor. Bu yapılırken bir diğer ödev de halkın sömürülmemesidir. Halkın sömürülmemesi için de tüm sağlık kurumlarının ve ilaç şirketlerinin devletleştirilmesi gerekmektedir.

Bunun dışında katsayı artışı anlamını yitirmiştir. Zira 657 sayılı yasanın 154. maddesinde belirtilen koşullar yerine getirilmeksizin ve dikkate alınmaksızın artış yapılmaktadır. Bu ise memurları fakirleştirmektedir.

Bu durum ise Anayasa'nın 45. maddesi ile çelişmektedir. Maddede «Devlet, çalışanların yaptıkları işe uygun ve insanlık haysiyetine yaraşır bir yaşayış seviyesi sağlamalarına elverişli adaletli bir ücret elde etmeleri için gerekli tedbirleri alır.» denilmektedir. Katsayı konusunda uygulanan ise bunun aksidir. Zira verilen az bir miktar en küçük bir artışla geri alınabilmektedir.

Bu nedenle memurlara bu yıl toplu artış yapılmalıdır. Ve her memura 1500 lira zam verilmelidir.»

HAK VERİLMEZ, ALINIR!

Bilindiği gibi memurlar zaten ücretsiz olarak bakım ve tedavi görmektedirler. Aslında bunu memurlar zamanında ve eksiksiz olarak ödedikleri vergi ile hak etmektedirler.

MC tarafından sağlık sorununu çözecek sihirli bir değnek olarak sunulan tasarı, memurların maaşlarından yüzde 4 oranında bir kesintiyle birlikte ilaç giderlerinin yüzde 25'ine de iştirakiri öngörmektedir. Bu durum kazanılmış bir hakkın geri alınması demektir. Oysa, bu hukukun temel ilkelerine aykırıdır. Üstelik tasarının tümü Anayasamızın 49. maddesi ile de çelişmektedir... Ama, meyak örneğinde, kıyımlarda, da nıştay kararlarında.. Vb.. olduğu gibi, MC için hak—hukuk hak getire... Bilen birşey varsa bu dünyanın alacağı mahkeme-i kübra da değil, gene bu dünyada tahsil edileceğidir. Hem de özel ve genel olarak.

İşsizliğe, Pahalılığa, baskı ve kısımlara karşı omuz omuza mücadele

Uygulaması sıkıyönetimsiz bir sıkı-yönetim olan Devlet Güvenlik Mahkemelerinin yeniden yasalaştırılmasına karşı tarihimizin hiçbir evresinde görül-meyen işçi sınıfının ve demokratik güç-lerin kararlı tavırları karşısında siyasal iktidar şaşkın ve çaresiz kaldı. Bu psi-köz içinde halkın seçtiği bir görevli olan Ankara Belediye Başkanı Vedat Dalokay'ı görevden alan ve ülkemiz öğ-retmenlerinin tek ve güçlü örgütü olan TÖB—DER'i kapattıran kararlar kafasını hukukun sert duvarına çarptı.

Bu konuda Ankara Tabip Odası, Çağdaş Hukukçulara Derneği, TÖM-DER Halkevleri, TÖS—DER, TÖTED ve TMM OB yöneticileri basına yaptıkları ortak açıklamada görüşlerini şöyle belirttiler:

«Son günlerde başta işçi sınıfımız olmak üzere, öğretmenlerin, memurların, teknik elemanların, sağlık perso-linin, öğrencilerin, kısaca tüm ilerici-le- rin faşist baskılara karşı sürdürmekte oldukları tutarlı ve etkin mücadele, ege-men güçleri, çaresizliğin verdiği bir hırçınlığın içine sokmuş bulunmaktadır.

«Giderek yoğunlaşan hayat pahalı-lığına, işsizliğe, işgüvensizliğine karşı yükselen tepkileri temelsiz temel at-malarla, vadelerle, uyutmasalarla artık basıramayacaklarını anlayan egemen güçler, tek çareyi yükselen bağımsız-lık ve demokrasi mücadelesinin odak-

larına doğrudan saldırıda bulunmakta-dırlar.

«İşçi sınıfının demokratik mücade-lesine karşı işçi kısımlarıyla, işçileri kurşunlayıp öldürmekle bu denli tepki göstermeleri bundandır.

«İşçi sınıfı ile birlikte yeralan diğer emekçi kesimlerden, öğretmenlere, ve sorunda bağrında 130 bin öğretmeni ba-rındıran TÖB—DER'e yönelttikleri hu-kuk dışı saldırı bundandır.

«İşçilere sahip çıkan, halkına hiz-met için her şeyi yapan Ankara Beledi-ye Başkanını hukuki dayanakta yok-sun bir kararla görevden almaya kalk-maları bundandır.

«Tüm demokratik güçler hakkı, hu-kuku bir yana bırakarak keyfi yönetime yönelenlere karşı işçilerin yanında ola-caktır. TÖB—DER'in yanında olacaktır. Vedat Dalokay'ın yanında olacaktır.

«Başta işçi sınıfı olmak üzere tüm emekçilerin koruduğu ve kazanmakta olduğu önemli mevziler vardır. Devlet Güvenlik Mahkemeleri yasa tasarısı 11 Ekim'e kadar çıkarılamıyacaktır.

«Ve mücadelemiz başarıya ulaşmış tır. DGM tasarısının bu tarihten sonra da çıkarılmaması yönünden mücade-le-miz sürecektir.

«Biz demokratik kitle örgütleri ola-rak hukuku hiçe sayanlara, tüm emek-çilere saldıranlara karşı kararlı müca-delemizi sürdüreceğiz.

12. Ulusal Psikiyatri Kongresinde

Psikolojinin İşkence aracı olarak Kullanılması Kınandı

Kasım ayı içinde İstanbul'da toplanan 12. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi sonunda, kongreye katılan 172 nöro psikiyatri uzmanı, psikolog asistan ve sosyal hizmetler uzmanı ile 18 öğretim üyesi, Psikiyatri ve Psikolojinin baskı ve işkence aracı olarak kullanılmasını» yayınladıkları bir bildiri ile kınamışlardır.

Yayımlanan bildiride şöyle denilmektedir:

«Baskıyı bir yönetim aracı olarak kullanan ülkelerde düşüncenin susturulması, muhaliflerin sindirilmesi için giderek işkenceye ve son zamanlarda ise psikolojik işkenceye başvurulmaktadır.

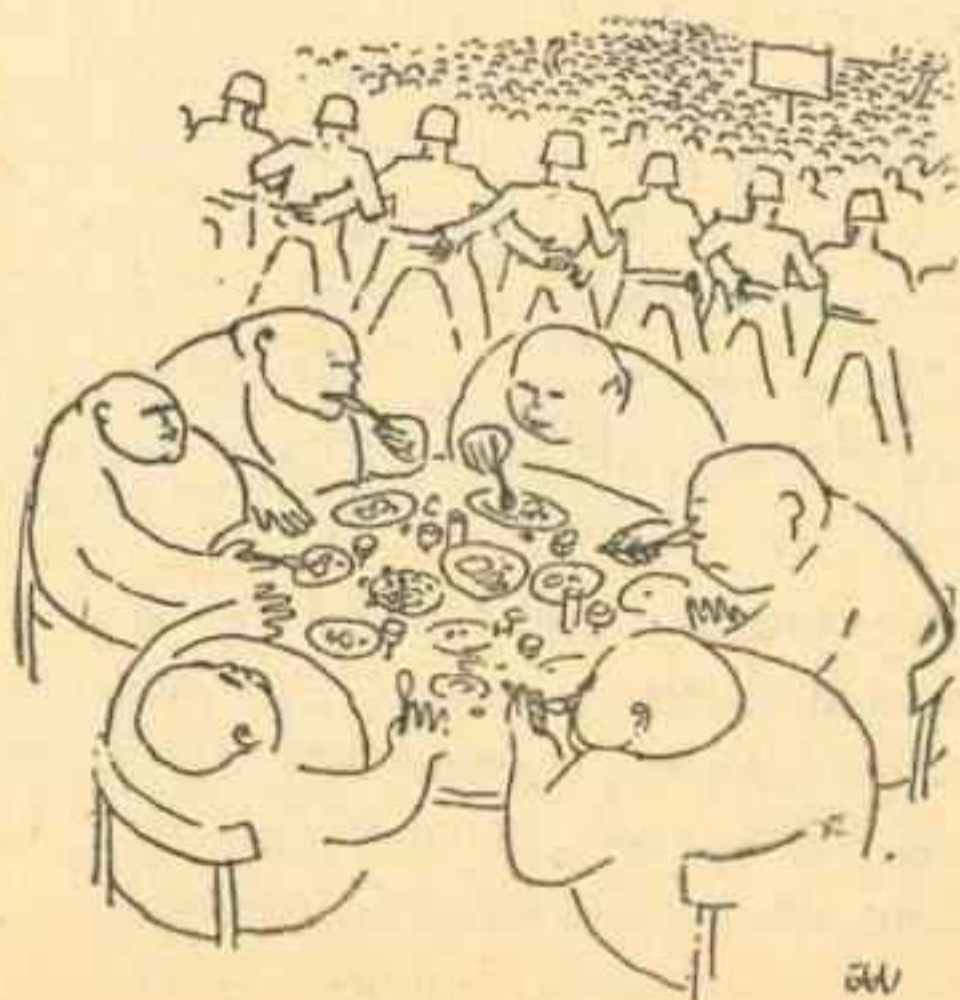
Psikiyatri ve psikolojinin bir baskı ve işkence aracı olarak kullanılması dünya psikiyatri ve psikoloji kongrelerinde kınanmaktadır. En son Paris'te toplanan 21. Uluslararası Psikoloji Kongresinde de psikoloji ve psikiyatristlerin işkencecilerle işbirliği yapması, yeni işkence yöntemlerinin geliştirilmesinde çalışması oybirliği ile kınanmıştır.

Biz Türk nöropsikiyatrları, psikologları ve sosyal hizmetler uzmanları

olarak mesleğimizin insan mutluluğu yerine baskı ve işkence aracı olarak kullanılmasına karşıyız»

Bildiriye imzalayan bilim adamları şunlardır:

Prof. Atalay Yörükoğlu, Prof. Özcan Köknel, Prof. Rıdvan Cebiroğlu, Prof. Metin Özek, Prof. Hüsnü Aracı, Prof. Rasim Adasal, Prof. Kemal Aydınlı, Prof. Coşkun Özdemir, Prof. Perihan Baymur, Prof. Yusuf Savaşır, Doç. Ayşe Ekşi, Doç. Doğan Cüceoğlu, Doç. Gencay Gürsoy, Doç. Esat Eşkazar, Doç. Etem Özgüven, Doç. Okay Sarıbaş, Doç. Feridun Denктаş, Doç. Işık Savaşır.



Bir Yozlaşma Belgesi

T.C.
YÜKSEK ÖĞRETİM KURULU
BAŞKANLIĞI

Sayı : 0701
Konu : Öğretim Üyelerinin
Tam Zaman Çalışma
Esasları Hk.

Ankara
20. Nisan. 1976

Universitesi Rektörlüğü

YATAP

Yüksek Öğretim Kurulu'nun 17.3.1976 günlü 13.toplantısında tam gün çalışma esasları da görüşünde tutularak "yüksek öğretim kurumlarında, tam gün çalışma dışında kalan tüm öğretim üyelerinin serbest meslekleriyle ilgili Üniversite dışındaki çalışmaları süreyi Üniversite içinde mesai saatlerinin bitiminden sonra telafi etmeleri kaydıyla serbest meslek faaliyetlerini mesai saatleri içinde haftada 4 saati geçmemek üzere icra etmeleri" kabul edilmiştir.

Bilgilerinizi ve kurumunuza bağlı kuruluşa duyurulmasına saygı ile rica ederim.

Yüksek Öğretim Kurulu Başkanı

Ali Naili İrdem
Millî Eğitim Bakanı

DAĞITIM

Universite Rektörlüklerine
Akademi Başkanlıklarına

Yukarıdaki karar, 1750 sayılı Üniversiteler Kanunu ile getirilen ve kuruluza uzun süre tartışmalara yol açan Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) tarafından alınmıştır. Yök'ün ne gibi işler yaptığı ve üniversitelerimizin nasıl bir «çiftlikleşme süreci» içinde bulunduğunu göstermesi bakımından dergimize olmayı uygun bulduk.

Bilindiği gibi üniversitelerde «tam süre (Full—time)» çalışma sistemine istenildiği gibi çalışılmadığı ve bir kısım özgürlükleri yok ettiği şeklindeki sofsatalarla karşı çıkılmıştı. Sonunda bu karşı kampanyayı sürdüren öğretim

üyelerinin baskıları sonucu, tam süre çalışma sistemine girip girmeme öğretimin, üyesinin kendi kararına bırakılmıştı. Daha sonra, tam süre çalışan öğretim üyelerine bir çeşit muayenehanecilik demek olan randevulu hasta bakma hakkı tanınmış, son olarak da bir kaç ay önce klinik şeflerine de muayenehane açma izni verilince iş çığırından çıkmıştır.

İLİM Mİ FILİM Mİ?

Bugün bir çok üniversite hastanesinde asistanlar, internler ve öğrenciler, eğitim ve öğretim konusunda ken

di kaderlerine terkedi'mişlerdir. Bir kısım öğretim üyeleri, ilk kademedeki de netmenleri olan klinik şefleriyle birlik te öğleden sonraları gelişi güzel saat larda muayenehanelerine koşarlarken, bazı tam süre çalışan öğretim üyeleri de randevulu özel hastalarına bakmak tadırlar. Bu arada ise eğitim ve öğretim sorunları giderek çığ gibi büyürken asistan, intern ve stajyer öğrencilerde kliniklerin bütün yükünü çekmektedirler. Başasistanların denetiminde, asistanlarca gerçekleştirilen kimi ameliyatların listelerine öğretim üyelerinin adları süs olarak yazılmakta, hastalarla yeterli eğitim görmemiş asistanlar polikliniklerde karşı karşıya kalmaktadırlar.

Fakat, özellikle öğleden önceleri muayenehanelere baş vuran hastalar, bir kısım öğretim üyeleri için «kazanç kaçırmacı» bir sorun olmuş ve bazı yükselen seslere karşı YÖK de söz konusu kararı almıştır.

Bu karara göre; tam süre çalışmayan bir öğretim üyesi, örneğin saat

10.00'da muayenehanesine bir hastası gelmişse, asistan ve öğrencilerini yani öğretim gibi aslî görevlerini bir yana bırakarak muayenehanesine koşabilecek daha sonra da orada geçirdiği süreyi, örneğin o akşam ya da bir pazar gününü gelip çalışarak borç olarak ödeyebilecektir.

YE KÜRKÜM YE

Tabii, bunu kimin denetleyeceği bilinmemektedir. «Borçların ödenmemesi» de söz konusu olabilir. Çünkü, borçlanmayı saptayacak olan denetim kademesindeki klinik şefinin de o sırada bir «Borçlanma» içerisinde bulunması olasılığı çok yüksektir. Sonuç olarak bu borcu yiyen kesesinden değil, kesişi için yemekte, borç cüzdanının komçası olmaktadır.

Bu gibi belgeler demokratik üniversite mücadelemizde ve koşulsuz tam süre çalışma düzenini savunmamızda ne denli haklı olduğumuzu açığa çıkarmaktadır.

Özerk ve Demokratik Üniversite

Sağlık Alanında Sigortacılık

SAĞLIK SİGORTASININ TARİHSEL GELİŞİMİ :

Hekimlik, çağlar boyu, satılan bir hizmet olagelmıştır. Hekimlerin hastaya yaptıkları hizmet karşılığında ücret almaları geleneksel uygulamadır. Bu ücret de, hemen daima ve her ülkede, c'ar gelirli ailelerin mali güçlerini aşan bir düzeyde olagelmıştır.

Halkın, sağlık hizmetinden mutlu bir azınlığın yararlandığı düzeyde yararlanma isteğinin, ilk önce, 19. yüzyıl sonlarında Almanya'da güçlendiğini görüyoruz. Almanya'da yöneticiler ve hekimler, halktan gelen baskı altında yedi yıl kadar süren bir çalışma sonunda, mevcut düzeni bozmadan halkın isteğini karşılayacak bir çözüm yolu bulmuşlardır. Bu çözüm zenginler hariç herkesin katılma zorunda olduğu ve kâr amacı gütmeyen «hastalık sandıkları» kurulmasıdır. Çalışan herkes geliri ile orantılı olarak her ay hastalık sandıklarına belli bir prim ödeyecek, kişi hasta olduğu zaman hekim, ilâç ve hastane masraflarını bu sandıklar hekime, eczaneye veya hastaneye ödeyecektir. Bir başka deyimle sigorta bir finansman kurumu olacak, hizmet serbest hekim ve hastaneler tarafından halka sunulacaktır.

Almanya'da başlatılan bu sistem, diğer batı ülkelerinde de benimsenmiş ve aynı ilkelere dayanan sağlık sigortası sistemi kısa bir süre içinde batıda yayılmıştır.

Batı ülkeleri arasında Amerika Birleşik Devletleri sağlık sigortası yönünden özellik gösterir. A.B.D.'de zorunlu sigorta bugün dahi yoktur. ABD.'de isteğe bağlı ilk sağlık sigortası, Birinci Dünya Harbini takip eden depresyon döneminde hekim ve hastane yöneticilerinin inisiyatifi ile başlamıştır. Bu hareketin esas amacı halkın ödeyemediği hekim ve hastane faturalarının ödenmesini sağlama bağlamaktır. Mavi Haç ve Mavi Kalkan adı verilen bu sigorta şirketleri özel şirketlerdir ve yöneticileri çoğunlukla hekim ve hastane yöneticileridir. Bu sigorta şirketlerinin kuruluşundan sonra, bu işin kârlı bir iş olduğunu

gören özel sigorta şirketleri de bu alana el atmışlardır .Bu şirketler tamamen kâr amacı ile çalıştığından, hastalanma şansı az olanlardan az prim alınmakta, yaşlılardan daha çok prim istenmekte ve kronik hastalığı olanlarda sigorta edilmemektedirler. ABD'de sağlık sigortasının kime yaradığını belirtmek için yakınlarda bu konuyu inceleyen Amerikalı bir yazarın yazısına koyduğu başlığı aktarmak yeter: «Capitalizing on Illness» bu yargıya serbest bir çeviri ile «hastaların sırtından sermaye geliştirme» diyebiliriz.

Tüm dünyada sağlık hizmetinin sunulması ve finansmanı konusunda son yıllarda görülen gelişmeyi anlayabilmek için bu konuda sosyalistlerin görüşünü de bilmek gerekir. Sosyalist kurama göre sağlık hizmetini herkese eşit şekilde götürmek devlet görevidir. Devlet bu hizmetleri kendi kaynakları ile finanse eder, hekimlerde tüm emekçiler gibi belli bir ücretle çalışırlar.

İktidarların halk oyu ile oluştuğu kapitalist ülkelerde hükümetler halkın üzerinde önemle durduğu hizmetleri, sosyalist kuramın öngördüğü biçimde herkese sunma zorunluluğunu duymuşlar ve duymaktadırlar. Sosyal adaleti sağlama sloganı, üretim ilişkilerini değiştirmeden sosyal alanda sosyalizm ilkelerini uygulama politikasını yansıtır. Unutmamak gerekir ki, kapitalist düzen yıkılmamak için sosyal adaleti kısa zamanda gerçekleştirme zorundadır. Sağlık alanında bu, sigorta yolu ile veya genel bütçeden finanse edilerek yapılabilir. Sosyalist görüşün güç kazandığı bir çağda, kapitalist devlet halka sosyal alanda hizmet ettiğini göstererek halkın güvenini kazanmak zorundadır. Sağlık hizmeti sigorta tarafından desteklendiği zaman halk, devletin bu alanda kendisine birşey yapmadığı, kendi ödediği primin karşılığını aldığı bilincindedir. Bu nedenle devletin halkı prim ödemeğe zorlayacağı yerde genel bütçe gelirini arttırarak «koruyucu devlet» olarak görünmesi daha akılcı bir yoldur. Bu ve aşağıda açıklanacak diğer nedenlerle çağımızda sağlık alanında sigortacılık önemini yitirmiş ve devlet genel bütçesinden finanse edilen kamu hizmet düzeni çağdaş yaklaşım olmuştur (*). Bu gelişime örnek olarak İngiltere, İsveç, ve Norveç gösterilebilir.

Sağlık sigorta düzenini tamamen terk eden ilk ülke İngiltere'dir. İngiltere 1911 yılından beri uyguladığı sağlık sigortasını 1946 yılında lağvetmiş ve yerine genel bütçeden finanse edilen «Ulusal Sağlık Hizmetini (National Health Service)» kurmuştur. Dünyada sağlık düzeyinin en yüksek olduğu İsveç, bu hizmeti

hemen tamamen (yüzde 82) genel bütçeden ödenen bir hizmet haline getirmiştir. Norveç'te de durum aynıdır. Bu ülkede sigorta primlerini vergi dairelerinin toplaması hizmetin ne kadar devletleştirildiğinin delillerindendir. Sistemini değiştirmeyen tek ülke Batı Almanya'dır. Bunun nedenleri hekimlerin hükümet üzerindeki büyük baskısıdır.

SAĞLIK SİGORTA DÜZENİNİN SAKINCALARI :

Batı ülkelerinde yarım yüzyılı aşan bir süre uygulanan sağlık sigortası sisteminin önemli sakıncaları saptanmıştır.

ABD'de uygulanan istek üzerine sigorta olma sistemi ile tüm halka hizmet götürme olanağı yoktur. Bu nedenle 1964 yılından beri yaşlıların ve dar gelirlilerin hekim ve hastane faturalarını devlet ödemektedir. Bu da sorunu çözmediğinden yeni başkan Carter seçim kampanyasında başkan seçilirse, Amerika'da zorunlu sigorta sisteminin kurulmasını ele almayı vaad etmiştir.

Sigorta sisteminin zorunlu veya istek üzerine olsun en önemli sakıncası sağlık harcamalarının aşırı ölçüde artmasına neden olmasıdır. Örneğin ABD'de 1960 yılında sağlık harcaması 12 milyon dolarken 1975 de 118 milyon dolar olmuştur. Bu artış, özellikle, sigortanın hekim ve hastaneye hizmetleri karşılığı nasıl ödeme yaptığına bağlıdır. Üç çeşit ödeme sistemi vardır.

— Hastaya yapılan her hizmet için hekim veya hastaneye ödeme.

— Hizmet edilen kişi başına ödeme.

— Çalışanlara belli bir aylık ücret ödeme.

Bu sistemler arasında maliyeti en düşük düzeyde tutabilmek için en uygun 3. sistemdir. Ülkemizde Sosyal Sigortalar Kurumu, doğru olarak bu yolu seçmiştir. Hekimlerin ve hastane işletenlerin çıkarına en uygun olan sistem ise birinci sistemdir. ABD bu sistemi uygulamaktadır. Federal Alman Cumhuriyetinde muayenehane hekimleri için birinci sistem hastaneler için ikinci ve üçüncü sistem kullanılır. Bu nedenle Almanya'da hastane harcaması, ABD'de olduğu gibi astronomik değildir.

Hizmet karşılığı ödeme biçimi, hizmet devlet tarafından finanse edildiği zaman da önemlidir. Örneğin: İngiltere sağlık hizmeti maliyetini düşürmek amacı ile muayenehane hekimleri için ikinci, hastaneler için üçüncü sistemi kabul etmiştir. Sistem farkının finansmana etkisini belirtmek için ABD ve İngiltere

harcamalarını kıyaslama yeter. ABD'de kişi başına yıllık sağlık harcaması bizim paramızla 7523,— TL., İngiltere'de ise 2080,— TL. dir. Halkın sağlık düzeyi bakımından İngiltere, ABD'den öndedir.

Bizim yönümüzden genel sağlık sigortası düzeninin en büyük sakıncası ise az gelişmiş ülkelerde uygulanabilecek bir sistem olmayışıdır.

AZ GELİŞMİŞ ÜLKELERDE SAĞLIK SİGORTASI :

Genel sağlık sigortasının az gelişmiş ülkelerde uygulanamayışının iki temel nedeninden biri bu ülkelerin ekonomik güçlerinin bu ölçüde pahalı bir sistemin harcamalarını karşılayamaması, ikincisi sigortalıya hizmet edecek kadar hekim, hemşire ve sağlık tesisi bulunmamasıdır. Bu nedenle sağlık sigortası kurmak isteyen az gelişmiş ülkeler sadece bazı nüfus gruplarına uygulanan sınırlı sağlık sigortaları kurmuşlardır. 1964 yılında az gelişmiş ülkelerde sağlık sigorta uygulamalarını inceleyen bir yazar 111 ülkenin sadece 33'ünde bazı nüfus grupları için sağlık sigortası bulunduğunu, hiçbir ülkede genel sağlık sigortası olmadığını saptamıştır. Türkiye'de bu ülkeler arasındadır. Milliyetçi Cephe hükümeti tarafından çıkarılmak istenen kanun tasarısı incelendiğinde görülür ki bu kanunun sadece adı Genel Sigorta Kanunudur. Geçici birinci madde hükmüne göre ise kanun uzun yıllar ancak gelişmiş bazı il ve şehirlerde uygulanacaktır.

Sağlık sigortasının az gelişmiş ülkeler için akılcı bir çözüm olup olmadığını anlamak için bu ülkelerde sigortanın etkisini incelemekte yarar vardır. Bu ülkelerde sağlık sigortası sigorta edilenlerin sorununu bir ölçüde çözmektedir. Buna karşın sigortalılar mevcut kaynağı diğer halka kıyasla daha geniş ölçüde kullandığı için, sigorta dışında kalanlar hizmetten daha da yoksun duruma düşmektedir. Buna örnek aramak için uzağa gitmek gerekmez. Ülkemizde Sosyal Sigortalar Kurumunun sağlık alanını kapsamaması üzerine hastalanan işçi ve ailelerinin sorunu büyük ölçüde çözümlenmiştir. Bu da Türkiye'de sayıları sınırlı olan hekimlerin önemli bir kısmının Sosyal Sigortalar Kurumu tesislerinde çalışmaları ile mümkün olmuştur. 40 milyon kişiye koruyucu ve tedavi edici hekimlik hizmeti götüren Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı 4673 hekim çalıştırırken, 3-4 milyon işçi ve ailesine hizmet eden Sosyal Sigortalar Kurumu 3524 hekim istihdam etmektedir.

Bugün sosyal ve ekonomik yönden az gelişmiş illerimizde

uzman bulunmayışının önemli nedenlerinden biri de uzmanların büyük şehirlerde Sosyal Sigortalar Kurumu tesislerinde iş bulmaları olduğu unutulmamalıdır.

Sigorta kapsamına giren nüfus ne kadar artarsa hizmet dağılımındaki dengesizliğin de o oranda artması doğaldır.

GENEL SAĞLIK SİGORTASI KANUNU :

Milliyetçi cephe hükümetinin hazırladığı ve kanunlaştırmak için çaba harcadığı genel sağlık sigortası kanun tasarısına değinerek bu yazıyı bitirmek yerinde olur. Yukarıda da açıklandığı gibi çağımızda sağlık alanında sigorta uygulaması dönemi kapanmaktadır. Çağdaş görüş halka sağlık hizmeti sunmanın bir devlet görevi olduğudur. Anayasamızın 49. maddesi de bu çağdaş anlayışı yansıtır.

Alman Sigorta sisteminin kötü bir kopyası olan bu tasarı metnine gelince, hatalar ile dolu bu tasarının çeşitli hükümlerini eleştirme başlı başına ayrı bir yazı konusu olur. Bu yazıda, çok önemli olan 14, 47. ve geçici 1. maddelere değinilecektir. 14. madde primin tavanını yüzde 4 olarak kabul etmiş ve sigortanın açığının genel bütçeden kapanacağı hükmünü getirmiştir. Sosyal Sigortalar Kurumunda sağlık primi yüzde 11 olduğuna göre genel sağlık sigortasına girenlerin sağlık harcamaları geniş ölçüde genel bütçeden karşılanacaktır. Bu demektir ki sigorta dışı kalan halk kendisine daha sınırlı hizmet verilmesine sebep olan bir sistemi ödediği vergiler ile destekleyecektir.

47. madde hekim ve hastanelere yaptıkları hizmet karşılığı ödemenin nasıl yapılacağına dair kararı bir bakanın imzası ile onaylanan ve değiştirilebilen yönetmeliklere bırakmaktadır. Yukarıda açıklandığı gibi ödeme sistemi maliyeti çok etkiler. Bu kadar önemli bir karar, hekimlerin ve çevresinin baskısına dayanamaması ihtimali olan bir kişinin eline bırakılamaz. Söylenenlere göre: serbest muayenehane hekimleri dahil, hasta istediği her hekime istediği biçimde gidebilecektir. Örneğin: Bir hastanın aynı günde 3 uzmana muayene olması ve parasının sigorta tarafından ödenmesi mümkündür. Kanunda bunu önleyecek hüküm yoktur. Alman Sigorta sistemi dahi bu kadar esnek değildir.

Geçici birinci maddeden, geri kalmış bölgelerimizin bu sistemden zarar göreceğinin tasarımı hazırlayanlar tarafından da kabul edildiği anlaşıyor. Bu madde bu yönden gelecek eleştirileri karşılamak üzere yazılmıştır. Ancak bu madde bu şekli

ile maksadı karşılamaz. Hükümet bu tehlikeyi önlemede samimi olsa idi maddenin «Bu kanunun hükümlerinin uygulan-
masına geri kalmış bölgelerde başlanır ve bu bölgelerdeki hizmet aksatmayacak şekilde diğer bölgelere teşmil edilir» şeklinde olması gerekirdi.

Sonuç olarak denebilir ki bu kanun, bu şekli ile kabul edilirse, işçiler hariç gelişmiş bölgelerde yaşayanlar ve özellikle memur emekliler esasen sahip oldukları güvenceden daha fazla tatmin olacak şekilde yararlanma olanağı verecektir.

Bu kanunun uygulanmasından en çok yararlanacaklar ise piyasa hekimleridir. Kanunun 47. maddesi muayenehane hekimliğini destekleyecek biçimde olduğundan muayenehaneler hasta ile dolup taşacaktır. Bu kanunu piyasa hekimlerinin ısrar ile desteklemelerinin nedeni budur.

Bu kanundan kim zarar görecektir. İşçiler dahil genel sağlık sigortası kanunu kapsamına girmeyen her vatandaş. Çünkü muayenehane hekimliğinde artan talep ve kazanç —Sosyal Sigortalar Kurumu dahil— kamu sektöründe çalışan hekimleri özel sektöre çekecek, kamu sağlık kuruluşları ve koruyucu hizmetler büyük şehirlerde bile büyük ölçüde hekimsiz kalacaktır. İlerici hekimlerin yönettiği Türk Tabipler Birliğinin bu kanunun karşısında olmasının nedeni budur.

Ülke yararına olmayan bu kanun üzerinde milliyetçi cephe hükümetinin ısrarının nedeni genel politik tutumlarının sonucudur. Bu partilerin ve özellikle Adalet Partisinin genel politikası «Herkes ve her gruba ödün vererek onların desteğini kazanmak» ve «Bir iş yapar görünmektir». Bu partiler, ödün alanlar başkalarına başka alanlarda verilen ödünlere kendilerine yükleyeceği toplam zararı hesaplayamayacaklarını ve halkın iş yapma ile yapar görünmeyi ayırt edemeyeceğini varsayarak böyle bir politika yürütmek cesaretini bulmaktadırlar.

(*) Ayrıntılı bilgi için Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO) tarafından yayınlanan Avrupa'da Sağlık Hizmetleri adlı kitaba başvurulabilir.

NOT : Bu yazı Özgür İnsan dergisinde de yayınlanmıştır.

Neresi Doğru Ki?

TOB'un her sayısında toplumun belirli bir kesiminin sorunu ele alınıyor. Açlık gibi, beslenme gibi, ilâç gibi, D.G.M. ler gibi. Bu kez de sorumlu arkadaş:

— Hangi konuyu işliyorsunuz, dedim.

— Kreş sorunu, dedi, kreşleri ele alıyoruz.

Demek ki Türkiye'de olmayan kreşler, yalnız varlıklı sınıflar ile belirli kurumlarda çalışanların çocuklarının yararlanabildiği kreşler bu sayıda ele alınıyor .

Güzel. Çankaya ve Gaziosmanpaşa'nın yüksekliklerinde üç sıfırlı paralar karşılığında hanımefendilerin bebelerine bakan kreşlerin sorunlarını inceleyeceğiz demektir. Bence en önemli sorun bu kreşlerde kalan çocuklarımıza yüzme öğretilmemesidir. Oysa gününün tamamını içinde geçirdikleri bu güzel yerlerde çocuklarımıza yüzme dersleri de verilebilse çok yerinde olacaktır. Eloğlu'nun parmak kadar çocuklarının olimpiyatlarda yüzme rekorları kırmalarının tek nedeni budur. Onlar çocuklarına da da ha kreşlerde iken yüzme öğretiyorlar ve sonunda dünyada kırılmadık yüzme rekoru bırakmıyorlar. Bir de çocukların çiş sorunu var. Bu kreşler de çocuklar, özellikle erkek çocuklar, boyları yetiemediği için çişlerini rahat yapamamakta ve üstlerini kirletmektedirler. Bunun da önüne geçilebilirse, bizim bu kentin yüksekliklerinde kurulmuş kreşleri hiç eleştirecek bir halimiz yok.

Bazı kuruluşların kendi içlerinde yaptıkları kreşlere gelince. Bunlar da zararsız. Zaten onlarda da genellikle gene aynı hanımefendilerin çocukları ne yapıp, ne edilip sokuşturulduğu için bebelerin rahatı bozulmasın diye gerekli özen gösteriliyor.

Peki geriye ne kaldı? Kim yararlanamıyor kreşlerden? Yüksek tepelerdeki kreşlerin hanımefendiler yararlanıyor. Alçak yerlerdeki kurum kreşlerinden de gene hanımefendiler yararlanıyor. Geriye bir şey kaldı mı?

Kaldı ama, önemsiz. Örneğin işe giderken çocuğunu eve kit-
leyip akşam dönüşte genellikle çocuğunu ağlamaktan morarmış
bulan anaların çocukları ile pamuk tarlasında çocuğu sırtında
pamuk devşiren bacıların çocukları geriye kaldı. Kapıcı dairesin
de yıl oniki ay güneş yüzü görmeyen bir çok çocuk, gecekondur
mahallesindeki çamur ve su birikintilerinde oynarken boğulan
üç beş çocuk, her nedense hep de kenar mahallelerde kapısının
önünde iken araba altında kalıp ezilen beş on çocuk falan, fi-
lân işte geriye kalanlar.

TOB'un bu sayısında kreşlerin yeteri kadar incelendiğini
umarım. Gerçek kreşe gereksinme duyan kesimin çocukları ara-
ba altında, su içinde, yanarak ölüp giderler de onlara kimse
analari, babaları işte iken yalnızca can güvenliğinin sağlanaca-
ğı bir kapı açmaz.

Ötekiler! Ötekilerin sorunu büyük! Annecikleri gezerken,
rahat gezsün diye gönderildikleri kreşlerde hem yüzme dersi ve-
rilmez ve hem de çiş sorunu ortaya çıkar!

Deveye demişler ki.

— Ne demişler?

Neden boynun eğri demişler.

O da ne demiş?

İyi demiş ama deve! Anlaşılan bizim toplumun devesi imiş
ki, görmüş de, bilmiş de demiş.

**Sağlık kurumlarında
Kreş ve Emzirme
odaları Açılmalıdır.**

aziz nesin

Araştırma

BİR hafta içinde dört vak'a birden görülmesi, hem sağlık işle-riyle uğraşanları, hem yönetmenleri telaşa düşürdü. Bu dört vaka-dan sonra bir gün içinde şehrin ayrı ve uzak yerlerinden üç hasta daha gelince şaşkınlık büsbütün arttı. Telefonlar işliyor, haberler gidip geliyor, raporlar yazılıyordu.

Vali,

— Bu ne biçim hastalık? diye sordu.

Uzman yetkisine dayanarak,

— Çok kötü bir hastalık, dedi.

Hastalık günden güne yayılıyordu. Bir ayda otuz vak'a görül-müştü.

Sağlık işlerinden yirmi kişi bir toplantı yaptı. Toplantının baş-kanı,

— Bilgi verin, dedi doktorlara.

Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı olan doktor.

— Çok kötü bir hastalık, diye tekrarladı.

Vâli,

— Anladık, dedi, yâni ne kadar kötü?

Doğum uzmanı,

— Çok, dedi, o kadar kötü ki, insanı öldürür. Bir kere de öl-dürdü mü artık kurtuluş yoktur.

— Yaaa!.. öldürür ha?

— Öldürür efendim. Hem de çok kötü öldürür.

Kırkbeş yaş sularında bir genç doktor, hastalık yayılmaya baş-layınca tıp ansiklopedisini açmış, bu hastalık için yazılan yarım sayfalık yazıyı okumuştı.

— Müsaade buyurulursa hastalık hakkında gerekli bilgiyi ve-reyim, dedi. Çünkü Amerikada ihtisasımı yaparken bu hastalık üzerinde uzun çalışma yapmıştım.

Doğum mütehassısı yaşlı doktor, genç doktora sert sert baktı,

— Siz dedi, idrar yolları hastalıkları üzerinde ihtisas yapmak için Amerikaya gitmemiş miydiniz?

İhtiyar kurt, kırkbeşlik genç doktoru kalp beşlik gibi bozmuş-tu. Öyle ya, memleket fedakârlık edip, idrar yolları hastalıkları üzerine ihtisas yapsın diye onu tâ Amerikalara göndersin, o gitsin başka işler yapsın...

Hastalık için aydınlatıcı bir bilgi alamamış olan Vali,

— Aman anlatın, çok rica ederim, dedi.

— Doktor anlatmaya başladı :

— Bu hastalığın üç çeşidi vardır. Denizden ve sineklerden geçer. Hastalığın mikropları lâğımlarda olur. Denize dökülen lâğımlardaki mikroplar, orada yüzenlere...

— Vali, umutsuzca,

— Öyleyse önleyemeyiz, dedi, nasıl önleriz bu hastalığı? Koca şehrin dört bir yanı deniz, denizin de her yanı lâğım...

Gözlüğünü sıkıntıyla düzeltti. Bir çıkar yol bulun, der gibi doktorların yüzlerine baktı. Bir doktor,

— Peki, dedi, bu hastalık denize akan lâğımlardan geliyorsa, bu şehirde lâğım ve deniz yeni icat edilmedi ya... Halbuki bu hastalığın adını daha yeni duyuyoruz.

Kırkbeşlik doktor, hastalığın tarihçesini yaptı :

— Bu hastalık önce Amerikada görülmüştür, sonraları Amerikadan Avrupaya geçti. Bilindiği gibi, biz maalesef Amerikayla geç ilişkiye geçtik. Bu ilişkinin on yıllık bir geçmişi vardır. Her şey bize Amerikadan gelmeye başladı. Eh böyle olunca...

Vali anlamıştı,

— Evet, dedi, bu kadar sıkı ilişkiden sonra... Pekiyi şimdi ne yapacağız? İlâcı yok mu bunun?

Tıp Ansiklopedisinden hastalığı öğrenen doktor.

— Yok, dedi, daha ilâcı bulunamadı.

Vali kızdı :

— Yani, eli kolu bağlı duracak mıyız?

Doktorlar bakiştılar. En yaşlısı,

— Bir araştırma kurulu kuralım, dedi.

Bu öneri yerinde görüldü. Onbir kişilik bir heyet kuruldu. Heyet üyelerinden biri Amerika'ya bakterioloji öğrenimine gitmiş ve okuduğu üniversitenin basketbol takımında kaptanlığa kadar yükselerek, bizi hâlâ barbar, fesli, kavuklu ve erkeklerimizi dört karılı bilen Amerikalılara memleketimizi tanıtmıştı. Biri veterinerdi... Biri jandarma subaylığından emekliydi. Öbürleri de doktor, kimyager, eczacı ve birkaç büyük hastalık geçirdikleri için gayet tabii olarak, bu işle çok yakından ilgilenen kişilerdi.

Bu kurulun görevi, hastalığı, mikrobunu, nerelerde ürediğini, nerden, nasıl geçtiğini, aşısını, ilâcını, korunma yollarını araştırmaktı.

Kurul, o gün dağılmadan önce, toplantının başkanı :

— Arkadaşlar, dedi, şimdi sizlere çok önemli bir iş düşüyor.

Bir doktor,

— Evet, diye karşılık verdi, gece gündüz çalışarak hastalığın bulaşmasını önlemek.

— Hayır, bundan da önemlisi var. Nedir o, biliyor musunuz?

Gizlilik. Bu işler çok gizli olmalıdır. Hiç kimse duymamalıdır. Ama hiç kimse!

Bir doktor,

— Evet anlıyoruz, dedi, araştırmalarımızı yabancılardan öğrenmesini istemiyorsunuz.

— Hayır. Yabancılar öğrensin. Zaten sizin bu araştırmanızdan birşey de bulacağınızı ummuyorum. Ama boş durmak olmaz, onun için boş duracağınıza araştırın.

Kuruldan birisi,

— Yabancılardan gizlemiyceksek, kimden saklıyalım Beyefendi? diye sordu.

— Bizimkilerden. Halk sakın duymasın. Siz halk psikolojisini benim kadar bilmezsiniz. Memlekete böyle bulaşıcı bir hastalık geldiğini duyarlarsa hepsi birden hasta olur. Nezle olan, başı ağrıyan, kirayı veremiyen, kocasıyla kavga eden, sevgilisinden ayrılan, romatizması ağrıyan, sınıfta kalan hep bu hastalığa tutuldum sanır. Bir telâş, bir panik olur ki, bir daha önünü alamayız. İşte bunun için hastalığın sineklerden, denize akan lâğımlardan geçtiğini kimse duymamalıdır.

Bu kesin yasak emrinden sonra, ertesi gün çalışmalarına başlamak üzere, bilimsel araştırma kurulu dağılmıştı. Ama ertesi gün gazetelerde kıyametler koptu. Bir gazete yirmi vak'a görüldüğünü yazdı. Memleketimizde ilk görülen bu hastalık korkunçtu. Mikrobu, bir milimetrenin elli binde biri küçüklüğündeydi. Gazeteler her şeyi hattâ hastalığın denize akan lâğımlardan bulaştığını bile yazmışlardı.

Yönetmenlerin ve bilimsel araştırma kurulunun ilk işi gazetelere yalanlama göndermek oldu. «Hastalık filân yoktur. Ne hastalığı? Denizlerimiz onsekizinde bir genç kız kalbi kadar temiz, saf, bâkir ve berraktır.»

Gazeteciler bu konuda konuşmak için Valiyi buldular.

— Yirmi hasta varmış, dediler.

Vali,

— Kırk hasta normaldir, dedi, hattâ normalden bile az.

Eskiden hastalık hiç yokken anormal miydik?

Vali kızdı.

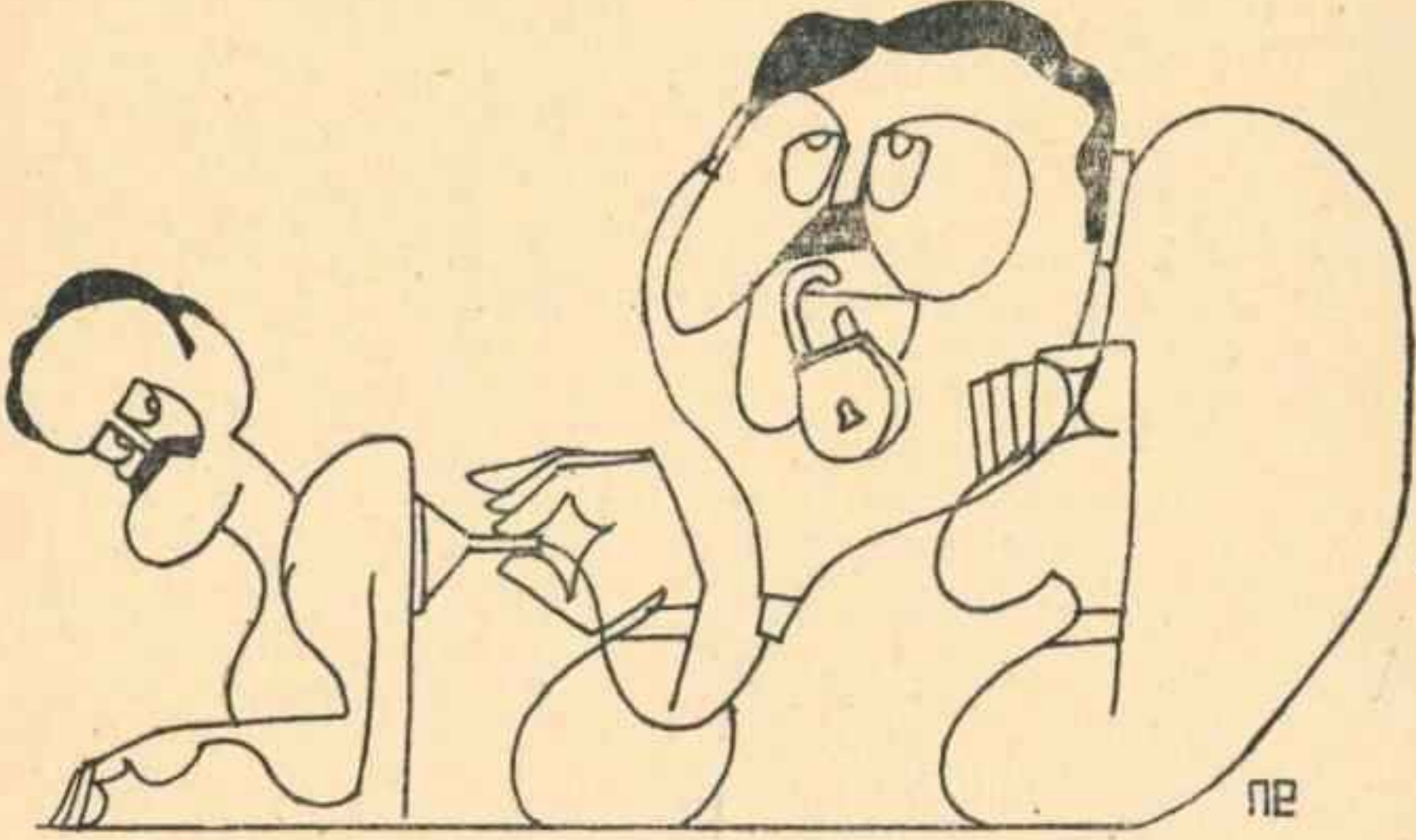
— Yâni eski idareyi mi beğeniyorsunuz, dedi, elbette yirmi vak'a normaldir. Bugün dünyanın en normal memleketi olan Amerika'da yılda yüzyirmi bin kişi bu hastalığa tutuluyor. Bizimki o kadar az ki, normal bile değil.

Vali, gazetecilerle bu konuşmadan sonra bilimsel araştırma kuruluna koştu. Kurul daha yeni toplanmıştı. Vali, suratı asık.

— Baylar, dedi, ben size gizliliğe uyun, hiç bir haber sızmasın, dedim, böyleyken gazeteler her şeyi yazdı. Şimdi size bir

iş düşüyor. Bu haberi çıkarani, yayani araştırmak!

Bu iş, hastalığı iyi etme yolunun araştırmaktan daha eğlen-
celiydi. Bilimsel Araştırma Kurulu, büyük bir merakla suçluyu
araştırmaya başladı. Herkes birbirinden kuşkulanıyordu. Bu araş-
tırma, çok yorucu oluyordu.. Bir yandan da yukardan, suçluyu bul-
maları için sıkıştırıyorlardı.



Araştırmayı büyük bir hızla yürüten bakteriolog bir gün
— Buldum! diye bağırdı, buldum arkadaşlar.

Hepsi merakla sordular :

— Neyi? Mikrobu mu?

— Hayır, suçluyu. Gizli haberi yayanı...

— Hangi hain? Kimmiş?

Bakteriolog,

— Hastalar, dedi, hastaların kendileri... Hastalara, bu hasta-
lığın gizli tutulacağı, hasta olduklarını söylemenin yasak olduğu
bildirilmemişti.

İhtiyar doktor,

— Evet, dedi, raporumuzu hemen yazalım.

Çok güzel bir rapor yazıldı :

«..... yüksek makamına».

«Memleketimizde yeni görülen «X» hastalığının mikrobunu,
tedavisini, ilâç ve korunma yollarını araştırmak için kurulan Bi-
limsel Araştırma Kurulu, iki aylık uzun ve yorucu araştırmasın-
dan sonra, hastalığın ve bu hastalığın denize akan lâzımlardan
geldiği haberini yayarak, halkın huzurunu kaçıranların, hastalığa
tutulanların kendileri olduğunu meydana çıkarmıştır. Saygıları-
mızla arzederiz.»

Bu rapordan sonra ,işini tamamlamış olan Bilimsel Araştırma
Kurulu dağıldı.

İ L A Ç

Do. Muzaffer Hacıhasanoğlu

«İlaç için olsun bulamadım...» deriz bulunamayan şeyler için. Az da olsa derdimize çare olacaktır aradığımız; başkaları da arar aynı şeyi. Kıymetlidir ilaç. Değişik yollardan sayrılıkları iyileştirmek için kullanılan maddelere ilaç denir. Em sözcüğü de kullanılır ilaç karşılığı. İlacın iyileştirme etkisi Fiziksel ve kimyasal nitelikleri yoluyla. Kullanılan maddenin sayrılığa karşı gelen özellikleri olması gerekir. Bununla birlikte Homeopathie'de bu durum tersine olabilir.

İlaçların sınıflandırılması zordur; bir çok düzenler önerilmiştir. İlaçlar ya çıkış yerlerine göre ya da doğal durumlarına, yapılarına göre sınıflandırılabilirler: Madensel ilaçlar «Bromure de Sodium» Bitkisel «Quinine», organik «Atophan», hayvansal «Organ ekstreleri» ve biyolojik «Aşılar, serumlar». Pratikte de officinal ilaçlar, magistral ilaçlar olarak ayrılır. Officinal ilaçlar eczacılarca hazırlanan, hazır bulundurulanan, ilaçlardır; magistral ilaçları, eczacılar, hekimin düzenlediği reçete üzerine hazırlarlar. Hazır ilaçlar da officinal ilaçlar sırasına girerler.

Bugün ilaç piyasasını hazır ilaçlar almıştır. Artık hekimler reçete düzenlerken kendilerine özgü formüller kullanmamaktadırlar çoğunlukla; daha doğrusu kullanamamaktadırlar. İstedikleri bir ilaç düzenlemesini yazsalar reçetelerine ilkel maddelerden birinden biri bulunmadığı için geri çevrilmektedir eczanelerce. Köşe başları eczane dolmuştur ya, çoğu parfümeri üzerine çalışmakta, oyuncak vb şeyler satmaktadırlar. Nerde kaldı magistral ilaç yazmak! —Hekimin tek hasta için özellikle düzenlediği ilaç— Kodekte yazılı ilkel maddelerin çoğu bulunmuyor eczanelerde.

Büyük, küçük ilaç fabrikaları halkın sağlığı için harıl harıl çalışmaktadır - ! - Eczacılığın ustalık yönü, bilimsel yönü günden güne ölmektedir. Kalfalar reçetelerdeki 1,2,3,4... diye birer satırda sıralanan ilaçları raflardan alıp paket yapıvermektedirler kolayca. Güzel sarıp sarmalama, bol reklam, ilaç firmalarının göz önünde tuttukları şey. Reklam, paketleme, hekimlere eczanelere ilaçları sunma işinde kullanılan kişiler ilaç fiyatlarının artmasının nedeni olmaktadır.

Halk hekime görünmüyor, ilaç kullanmıyor, muskayla oyalanıyor diye kızanlar hâlâ var. Bugünkü koşullarda, hekim ve

ilaç ücretlerinin yüksekliği nedeniyle, halk yine muskaya sarılsa kabahatlı mı sayılacaktır? Gördük, bilgisizlik nedeniyle, yarasına at pisliği saranları da, olmadık şeylerden — Kirpi eti, köpek eti, ayı yağı, vb — medet umanları da; ocaklara, hocalara gidenleri de — Her birinin ayrı uzmanlık dalları vardı—; halk uyanıyor günden güne, bilime, hekime ilaca daha çok bağlanıyor; sorun eline geçirebilmesinde.

S.S.K. kendi sağlık kurumlarında kullanacağı ilaçları kendisi yapacaktı fabrikasında. Sevincimiz kursağımızda kaldı; gerçekleşemedi bir türlü. Nedenini bilen bilir. Arkasından, demiştim, Sağlık Bakanlığı kendi sağlık kurumlarının ilaçlarını yapacak fabrikayı kurar; ihale sorunu kalkar, ilaç israfı önlenir... Boşuna düşler bunlar! Özel sektörden yana olan, durağan düzenin sürüp gitmesini isteyen, politikacılar başa güreştikçe halktan yana hiç bir atılım gerçekleştirilemez.

Halkın sağlığına fiyat biçmeye kimsenin hakkı olmamalıdır. İlaç fiyatlarının daha da artırılmasını istiyorlar ilaç yapımcıları. Sesi çıkmıyor hükümetin. İlaç bu ilaç! Başka bir şey değil!

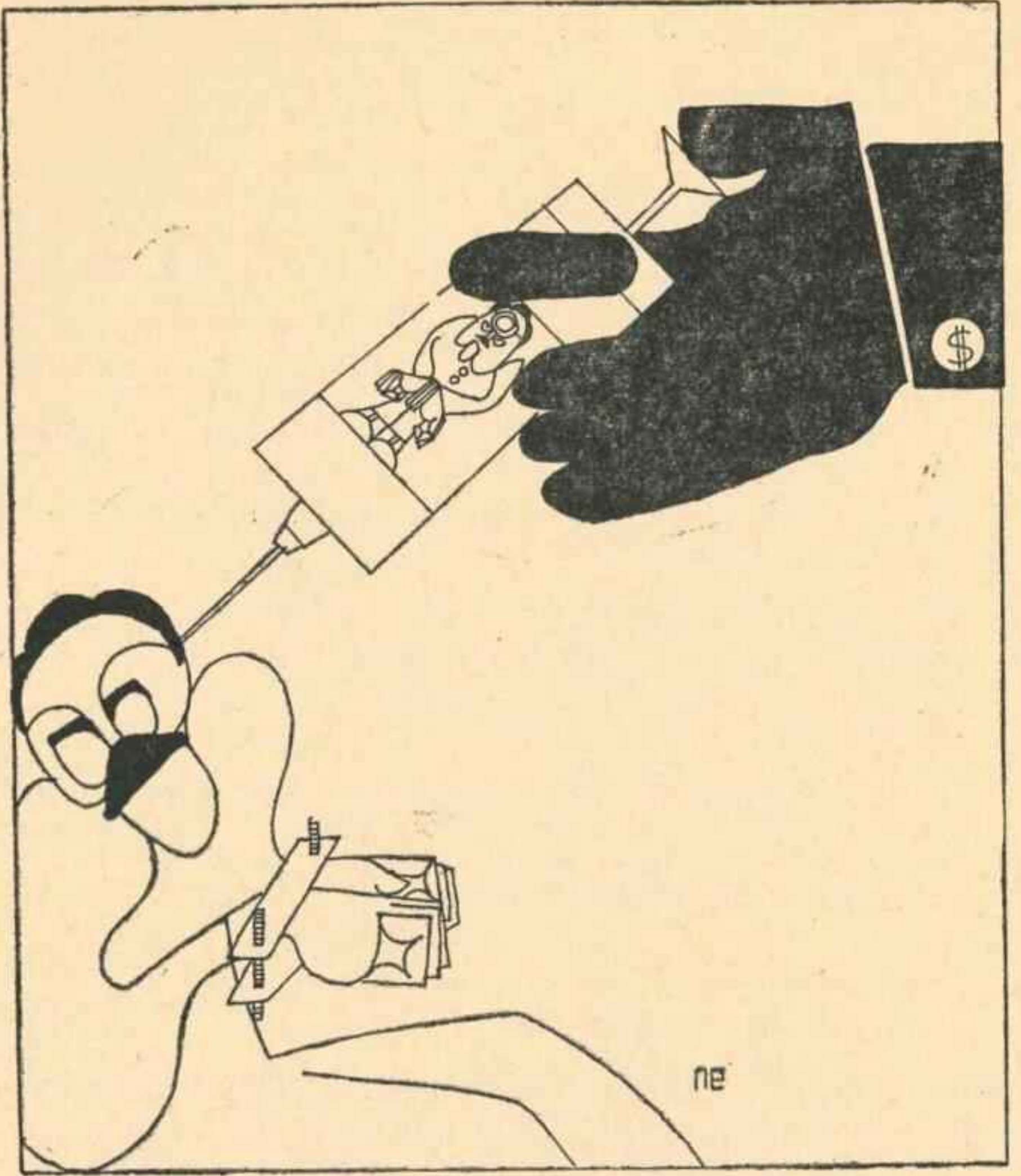
« Psikoloji ve İşkence »

Psikolog Gündüz Yassaı

Dünyanın her yerinde zulüm ve terörle yönetilen ülkelerde yapılan baskı ve işkenceler artık günün konusu oldu. Baskıya dayanan hükümetler, kendileriyle aynı düşüncede olmıyanların konuşmasından, yazmasından korkanlar, çıkarlarını korumak, muhaliflerini yıldırmaq için her çeşit işkenceye başvuruyor.

Uluslararası Af Örgütü, geçtiğimiz yıl dünya ülkelerinin yaklaşık üçte birinde devlet politikasının bir parçası olarak işkence uygulandığını bildiriyor. Kimi hükümetler işkence yaptıklarını şiddetle inkâr ederken, kimileri saklamaya bile gerek görmüyor. Hemen her gün İran'da Şah'ın muhaliflerinin tutuklandığı, asıldığı haberleri gelir. Şah, işkence yaptırdığını kabullenmekle kalmayıp, Amerikan Time dergisine, kullandığı en son işkence yöntemlerini anlatıyor :

«Artık işkence yapmamıza gerek kalmadı. Çok gelişmiş ülkelerin kullandığı psikolojik yöntemleri kullanıyoruz.» Söz ettiği psi-



kolojik yöntemler, bugünedek görülmüş en korkunç işkence biçimleridir.

Birçok memleketlerde bu zulüm ve işkenceye karşı tepkiler arttı. İstanbul'da 4-8 ekim tarihlerinde toplanan ve sadece bilimsel olması gereken 12. Ulusal Psikiyatri ve Nöroloji Bilimleri Kongresinde düşünceye karşı baskı rejimleri ve psikolojik işkenceyi, 170 Nöropsikiyatri uzmanı, psikolog, asistan ve sosyal hizmet uzmanı tarafından kınandı. Paris'te temmuzda toplanan XI. Uluslararası Psikoloji Kongresinde de en çok ilgi yaratan ve tepki uyandıran konu işkence sorunu oldu. Psikologların yeni işkence yöntemlerinin geliştirilmesinde ve uygulanmasında işkencecilerle işbirliği yaptığına dair kongreye sunulan bir rapor Avrupa basınında yankılar uyandırdı ve kongrede oybirliğiyle kınandı.

Kongre şimdiyedek yapılan en büyük psikoloji kongrelerinden-di. Dünyanın dört bir yanından gelen psikologların sayısı 2300'ü aşıyordu. İşkenceye ait raporun okunacağı gün Paris Üniversite-sinin kongre salonu sadece psikologlar değil, televizyon, basın ve başka ilgilenenlerle tıklım tıklım doluydu. İşkence sorununu kong-reye Bayan Vasquez getirdi. Kendisiyle sonradan konuştuğum Vas-quez, Fransa'da bir üniversitede psikoloji profesörü, aslen Şili'li şimdi sürgünde yaşıyor. Halkın oyuyla iktidara gelen sosyalist Al-lende öldürülüp yerine faşist askeri cunta geçince Prof. Vasquez işinden olmuş, ülkesinden kaçmak zorunda kalmış. Zaten cunta-nın başa gelmesinden bu yana Şili'de zulme ve katliama uğrayan yüzbinlerce insan gibi psikologların da % 80'i öldürülmüş, kay-bolmuş, hapse atılmış veya sürülmüş. Geriye kalan % 20 hasta-nelerde, işkence merkezlerinde ve işkence deneme ve araştırma enstitülerinde hükümetle işbirliği halinde.

Prof. Vasquez raporunda 1973 hükümet darbesinden 1976 Mar-tına kadar Şili'deki işkencenin gelişimi üstüne ayrıntılı bilgi verdi. İşkencenin nasıl psikolojik yöntemlerle birleştirildiğini anlattı.

Şili'nin, İran'ın ve Şah'ın sözettiği «Çok gelişmiş ülkelerin» neden alışlagelmiş işkence yerine psikolojik yöntemler kullandığı raporda belirtiliyor. En önemlisi psikolojik işkencenin gözle görü-lür, elle tutulur iz bırakmaması ve psikolojik işkencenin daha et-kili olması. Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Komisyonu, Uluslar-arası Af Örgütü gibi işkence soruşturması yapan örgütler delil toplamada güçlük çekiyor.

İŞKENCE UZMANLARI :

Ancak Uluslararası Af Örgütü ülkemizde ve özellikle İstan-bul'da işkence yapıldığının saptandığını geçen ay dünya kamuoyu-na açıkladı. İşkencede amaç insanın yılması, kendine inancının, direncinin kırılması. Psikolojik işkence de direkt insanın kafasına, kişiliğine ve düşünce sistemine yöneliyor. Karmaşık psikolojik yön-temlerle kişinin dünyası alt-üst ediliyor. Kişi her şeyden şüphelenir, kimseye güvenemez hâle getiriliyor, bütün değer ölçüleri sar-sılıyor, kendisine saygısı sıfıra indiriliyor. Sonunda tam anlamıyla bir köpekmiş gibi işkencecilerin kontrolüne geçip onların dedikleri-nin dışına çıkamaz hâle getiriliyor. İşte Vasquez bunu raporunda ayrıntılarıyla anlatıyor.

Bütün dünyada işkence yöntemleri birbirine benziyor. Sanki işkenceciler tek bir işkence okulunda eğitilmiş sonra da ülkelerine

dönmüşler, öğrendiklerini uygulamak için. İran Şahı çok gelişmiş ülkelerin işkence yöntemlerini bizzat kullandığını söylüyor. Salinas «Sıkıyönetim» adlı kitabında Birleşik Amerikalı işkence uzmanlarının idaresinde Washington ve Panama'da kurulan işkence eğitimi merkezlerinden söz ediyor. Burada Amerika'ya müttefik ve dost ülkelere gelen öğrencilere en son işkence yöntemleri öğretiliyor.

Prof. Vasquez ve arkadaşları işkence üzerine bilimsel bir araştırma yapmışlar. İki sene sürmüş çalışmaları. İşkence edilenlerden, polisten, psikologlardan bilgi toplamışlar. Hapishane içlerinde işkence odalarında olup biteni öğrenmişler. Değerlendirmişler topladıklarını. Ortaya uygulanan işkencenin genel bir planı çıkmış. Hemen her ülkede benzer sistematik işkence güdülüyor.

Her yerde aynı plan izlenmiş. Vasquez raporu gizli okullarda öğretilen işkence yöntemlerini ve işkence bilimini gün ışığına çıkarmış. Dünyadaki işkencenin ana planını önümüze seriyor. Ders kitabı gibi anlatıyor...

«İşkencenin amaçları :

- Bilgi edinmek.
- Hükümete karşı her çeşit itirazı önlemek için kişileri korkutmak, sindirmek.
- Kişileri işbirliği yapacak duruma getirmek.
- İşkence tekniğini denemeler yaparak geliştirmek, yeni daha etkin işkence yöntemleri bulmak»

Her şey hesaplı. Her şey plana uygun yapılıyor. Bir işkencecinin gaddar, bir diğerinin anlayışlı olması diye bir şey yok. Yapılan işkenceler, işkence yapanların kişiliklerine bağlı değil. Plana bağlı. Kendilerine verilen görevlere bağlı.

İŞKENCE BİÇİMLERİ :

Plazılara göre dört çeşit işkence biçimi var : İkiisi bedeni işkence, ikisi de psikolojik. Bedenî işkencenin iki tipi var : Vahşi ve hesaplı. Psikolojik işkence de klasik ve modern diye ikiye ayrılıyor. Vasquez araştırması son zamanlarda en çok hesaplı ve modern işkence biçimlerinin kullanıldığını gösteriyor. Vahşi işkencede ölüm oranı çok. İlkel, kanlı ve iz bırakıyor. Sanık mahkemeye çıktığı zaman belli oluyor. Pek de başarılı değil. Çok kişi çözülüyor çünkü. Ser verip sır vermiyorlar. Psikologlara göre inançla direnç arasında bağlantı var. İnanan direniyor.

Sille tokat dövüyorlar. Elektrik şoku veriyorlar. Zangır zangır titriyor insan. Hem kadının hem erkeğin ırzına geçiyorlar. Köpek de kullanıyorlar bu iş için. Özellikle yetiştirdikleri köpekleri var. Elleri ayakları bağlanmış tutsağa saldırıp ırzına geçiyor. Günlerce susuz ve aç bırakıyorlar. Susuzluktan çişini içecek duruma getiriyorlar insanı. Saçlarından asıp tırnaklarını söküyorlar. Bu tip işkence hükümeti sıkıştırıyor. İnsan yaşarsa izi kalıyor. Hesap soruluyor. Kim yaptı? Kim emir verdi? Ölürse de açıklamak güç. Hapishanede devletin güvencesinde bir insan nasıl ölür? Nasıl intihar eder?

İŞKENCE TARİFELERİ :

Bu yüzden hesaplı işkence sistemi geliştirilmiş. Bu da iz bırakıyor ama daha az insan öldürülüyor işkenceden. İşkencecilerle işbirliği yapan «çok gelişmiş ülkelerin» bilim adamları, deneylerle insanın ölmeden ne kadar dayanabileceğini hesaplamış. Elllerinde işkence tarifeleri var : Onsekiz yaşında bir kız göğüslerinin uçlarına verilen şu kadar voltluk elektriğe bu kadar dakika dayanabilir, ellibeş yaşında bir erkek sürekli aydınlık, boş bir hücrede uykusuzluğa ve açlığa ölmeden şu kadar saat dayanabilir. Bu hesaplara dayanarak işkence giderek arttırılan dozlar da yapılıyor.

Bir de psikolojik işkence var. İz bırakmıyor. Ölen olmuyor. İşkence yapan hükümetler aleyhlerindeki deliller azalıyor. Şimdiye dek kullanılan yöntemlerin en etkilisi. Psikolojik işkence sonucu çıldıran oluyor. Kimi belleğini kaybediyor. Geçmişine ait hiç bir şey hatırlamıyor. Anasını babasını tanıyamaz hâle getirtiliyor. Kimi çocukmuş gibi davranmaya başlıyor. Konuşmayı unutuyor, çişini tutamıyor, emeklemeye başlıyor. Kimi kendi iradesiyle hareket edemez hâle geliyor. Yemek yedirtiliyor. Yatırtılıyor. Elini bir pozisyona koysanız, saatlerce, günlerce kımıldamadan aynı pozisyonunda kalıyor.

Psikolojik işkencede çok çeşitli yöntemler kullanılıyor. Tutsağa kendisi hakkında ölüm kararı alındığı, ertesi sabah kurşuna dizileceği bildiriliyor. Bir din adamı hücrelerine gelip son arzularını soruyor. Yakınlarına mektup yazıyor. Sabah kurşuna dizilmek üzere meydana çıkarılıyor. Gözleri bağlanıyor. Askere nişan al komutu veriliyor. Tüfekler şakırdıyor. Birden bir sessizlik. Ve kendisine hükmün ertelendiği bildirilip tekrar hücrelerine gönderiliyor. Annesinin öldürüldüğü bildiriliyor. Karısının artık kendisinden nefret ettiği, bir daha kendisiyle görüşmek istemediği söyleniyor. Bunlar klasik psikolojik işkence örnekleri. Zayıflatıyor, sarsıyor, her şeyden şüphelenir, kimseye güvenemez hâle getiriyor kişiyi.

Artık çevresinde kendisiyle ilgilenen bir tek işkenceciler kalmıştır. Dünyayla bütün ilgisi koparılmıştır. Yalnızdır.

Bu aşamadan sonra modern psikolojik yöntemlere başvuruluyor. Sürekli aynı müzik çalıyor. Üç gün... beş gün... on gün. Yemeğe gizlice ilâç koyuyorlar. Hayaletler sesler gelip yok oluyor. Yardım etmek için gelen ve samimi tavırlarıyla güven kazanan doktor işkencecilerden biri çıkıyor. Kendisine hipnoz yapılıyor. Vücudunun her yerine şişler batırılmış gibi hissediyor. Geceyi gündüzden ayırd edemez hâle getirtiliyor.

Günleri, ayları şaşıyor. Zaman mefhumu kalmıyor. Aciz, şaşkın, zavallı, her şeyi kabullenen bir hale getirtiliyorlar insanı. Artık kendisine ne dense yapacak, ne istense söyleyecektir.

Baskı devletlerinin işkenceci memurları tekniklerini sürekli ilerletiyorlar. Çeşitli ülkelerin işkence memurları bilgi değiş tokuşunda bulunuyor. «Çok gelişmiş ülkelerin» işkence uzmanları dost ve müttefik ülkelerdeki işkenceci öğrencilerine son gelişmeleri, teknikleri bildiriyor.

Vasquez raporu burada bitiyor. Rapor üzerine Şili'de işkence memuru gibi çalıştırılan psikologlar ve kimi de yabancı ülkelerde yetiştirtilen işkence uzmanları XI. Uluslararası Psikoloji Kongresi adına oybirliğiyle protesto edildi.

Bu arada kimi delegeler başka ülkelerde de benzer uygulamalar olduğu, bunların da kınanması gerektiği üzerinde durdular.

Benzeri yönde bir kınama girişiminin 4-8 ekim arası İstanbul'da toplanan 12. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik bilimin toplum üstü olmadığı gerçeğini kanıtlamakta, bilimler Kongresinde de bile yer alması, psikiyatrist ve psikologların, kendi «cam küre»lerinde yaşayan kişiler olmaktan çıkmaya başladıklarını ve toplumların mutluluğu için daha etkin bir rol oynayabileceklerini göstermektedir.

ANAYASA MD. 14 : Kimseye eziyet ve işkence yapılmaz.

ANAYASA MD. 125 : Konusu suç teşkil emir hiç bir suretle yerine getirilemez; yerine getiren kimse sorumluluktan kurtulamaz.

Bir bilim adamının savunması

Doç. Dr. Server Tanilli

«Yalnız Yaşadığım Çağa ve Topluma Karşı Sorumluyum»

Doç. Dr. Server Tanilli'nin İstanbul Devlet Güvenlik Mahkemesindeki yargılanması geçtiğimiz yılın aralık ayında başladı. 12 Mart sonrası Sıkıyönetim Mahkemelerinde de görev yapmış olan DGM askeri savcısı binbaşı Taylan Erimez, iddianamesinde, Server Tanilli'nin «Uygarlık Tarihi» adlı kitabında «komünizm propagandası» yaptığı gerekçesiyle, 20 yıl hapsini istemektedir.

Doç. Tanilli'nin, DGM'de yargılanmasına kadar varan gelişme, Siyasal Bilimler Yüksek Okulundaki derslerinde «Beethoven'in Rus milli marşını öğrencilere dinlettiği» ve komünizm propagandası yaptığı iddiasıyla başlamıştı. İddia sahiplerinin komando oldukları ve Tanilli'nin sınıfında öğrenci olmadıkları saptandı. İstanbul Üniversitesi rektörlüğünün açtığı soruşturmayı yürüten Prof. Nurullah Kunter, Tanilli aleyhine hazırladığı raporun bir kopyasını da İstanbul Devlet Güvenlik Mahkemesine gönderdi ve adli soruşturma açıldı.

Doç. Tanilli'nin avukatları, duruşmalarda, davaya DGM'nin bakamayacağını belirttiler, Beş Öğretim üyesi, kitapta suç unsuru bulunmadığına dair bir rapor sundular. Geçtiğimiz 30 Eylül'de yapılan duruşmada, avukatların savunmalarından sonra Tanilli de savunmasını yaptı.

Aşağıda, Doç. Dr. Server Tanilli'nin İstanbul DGM karşısında yaptığı savunmanın tam metnini sunuyoruz.

SAVUNMA

İstanbul Devlet Güvenlik Mahkemesi Başkanlığına

Dosya No : 1975/44

Sayın Başkan, Sayın Üyeler.

18 Aralık 1975 tarihinden başlayarak, bu salonda, çok önemli bir davaya bakıldı. «Çok önemli» dedim; gerçekten, daha şimdiden,

bu dava Türk kültür tarihinin malı olmuştur. İlerde, ülkemizin kültür tarihini yazacak olanlar, bu davadan da bahsedeceklerdir, ama mutlaka bahsedeceklerdir. Şimdi, sizlerin kararınıza iktiran etmeden önce, değerli avukat arkadaşlarımla savunma sadedinde söylediklerine benim ilâve edeceğim pek bir şey kalmamış gibidir. Yine de, —çok genel planda da olsa—, önemli bulduğum bir iki noktaya değinmek isterim.

Biliyorsunuz, «sosyal bir sınıfın diğer sosyal sınıflar üzerinde tahakkümünü tesis etmeye matuf propaganda» yapmakla itham ediliyorum. Sayın Savcı, bu ithama gerekçe olarak, «Uygarlık Tarihi» adlı kitabımı, tarafsız bir bilim adamı gözü ile değil marksist görüşle yazdığımı, marksizm - leninizmi övdüğümü, ona karşı olan görüşleri kötülediğimi, kültürün her dalının komünizm propagandası yapması gerektiğini telkin ettiğimi, bilimsel tarafsızlığa uymadığım için de «liseden kopup gelen öğrencileri tek yönlü şartlandırdığımı» ileri sürmektedir.

Bütün bu iddia ve gerekçeler, başta birtakım kavram kargaşasından doğan son derece yanlış görüş ve değerlendirmelerin sonucudur. Bu kavram kargaşası, önce «bilimde objektiflik» konusunda görülmektedir. Açıklamalarıma da bu noktadan başlayayım.

1. Bilimde «objektiflik» ne demektir?

Bizde, bilimde objektiflik konusunda yanlış bir görüş savunulur ve «objektiflik»le «taraf tutmama» birbirine karıştırılır. Bu karışıklık, yalnız savcılık iddianamelerinde değil, politik çevrelerde, hatta akademik çevrelerde de sıkça görülen bir olaydır.

Ne demektir bilimde «objektiflik»?

Bilimsel objektiflik, gerçekliği (realiteyi), «olduğu gibi» «subjektif önyargıların etkisinde kalmadan» tespit etmektir. «Taraf tutmak» ise başka şeydir. Hemen söyleyelim : Bilim taraf tutar; bilim adamı taraf tutar. Ama kimin tarafını? Gerçeğin, doğruların tarafını. Bütün bilim tarihi, gerçeklerin, doğruların tespit edilmesi ve kabul ettirilmesi, yanlışların giderilmesi çabasının, bu uğurda verilen mücadelelerin tarihidir. Bu mücadelede, bilim adamları, gerçeklerden, doğrulardan yana olmayan güçlerle karşı karşıya gelmişler, zaman zaman korkunç ve iğrenç baskılara uğramışlardır. Galile'nin Katolik kilisesi ile çatışması bunun herkesçe bilinen bir örneğidir.

Toplumlara baktığımızda, toplumsal gerçekliğin (realitenin) kendisinde «taraf»lar vardır. Bilimsel, objektif metodla bu gerçekliği inceleyip tesbit ettiğimizde, bu «taraf»lar ve onların arasındaki gerçek ilişkiler, bu ilişkilerin nasıl işlediği ortaya çıkar, şimdi bu tespitin kendisi, —hiçbir yorum yapılmasa bile—, ister istemez bir taraf tutma anlamını taşır. Çünkü, bu objektif tespit, toplumda bir tarafın işine gelir öbür tarafın işine gelmez. Niçin? Çünkü,

tarafından biri gerçeğin, doğruların ortaya çıkmasından, bilinmesinden yanadır, öteki değildir. Böylece, bilim adamı istemese, uzak durmaya çalışsa da, toplumda taraflar arasında objektif bir durumdan doğan anlaşmazlığa çekilmeye, mücadeleye —dolaylı olarak— katılmış olur. Kaldı ki bilim adamı, bilimsel çalışmalarından çıkan sonuçları kabullenmek ve ona göre bir tavır almak durumundadır da. Fikir dürüstlüğü, bilimsel cesaret bunu gerektirir.

Şimdi, iddianamesinde, beni «tarafsızlığa hiçbir şekilde riayet etmemek, bir ilim adamından çok bir görüşün insanı olarak öğrencilerine tek yönlü bir öğretim yapmakla» (İddianame, s. 4) itham eden Sayın Savcıya, yukarıdaki açıklamalarımın ışığında hemen cevabımı vereyim. Kitabımı yazarken, içinde yaşadığımız çağa ve topluma, bir bilim adamı gözüyle, yani objektif olarak baktım. Öyle olduğu için de tarafsız kalmadım, kalamazdım. Evet, bir görüşün insanıyım. Bir bilim adamı olarak zaten böyle bir görüş sahibi olmam gerekir. Görüşüm, bütün açıklığı ile şudur :

Kapitalist dünya, sosyalist dünya, gerikalmiş ülkeler dünyası diye üç ayrı gerçekliğin yaşandığı bir dünyada, ben, gerikalmiş bir toplumun aydınıyım. Ülkemi, emperyalist kapitalizm, içerdeki ortakları ile işbirliği halinde sömürmektedir. Bu sömürü, ona karşı çıkanlara, zaman zaman «zor»a başvurarak sürdürülmektedir. Böylesine acı bir gerçekliği yaşayan bir toplumun aydını olarak :

— «Emperyalizm»e ve «faşizm»e karşıyım. Tam bağımsız ve gerçekten demokratik bir Türkiye'den yanayım;

— «Kapitalizm»e karşıyım. İnsanların insanlıklarını bütün boyutlarıyla duyarak ve tadararak yaşayacakları, sömürüsü, nihayet yabancılaştırması olmayan bir düzenden yanayım;

— Bugünkü «geri ve bağımlı» bir kapitalizmin devamında yarar gören güçlere karşıyım. Tam bağımsız, gerçekten demokratik, sömürüsü olmayan, ileri ve uygar bir Türkiye'yi yaratacak olan güçlerden yanayım.

Tarihe, içinde yaşadığımız çağa ve topluma bu görüş açısından bakıyorum. Böyle bir görüşe sahip olduğum için de, öğrencilerime yaptığım öğretim «tek yönlü» değil, «çok yönlü»dür.

II. Kime karşı sorumluyum?

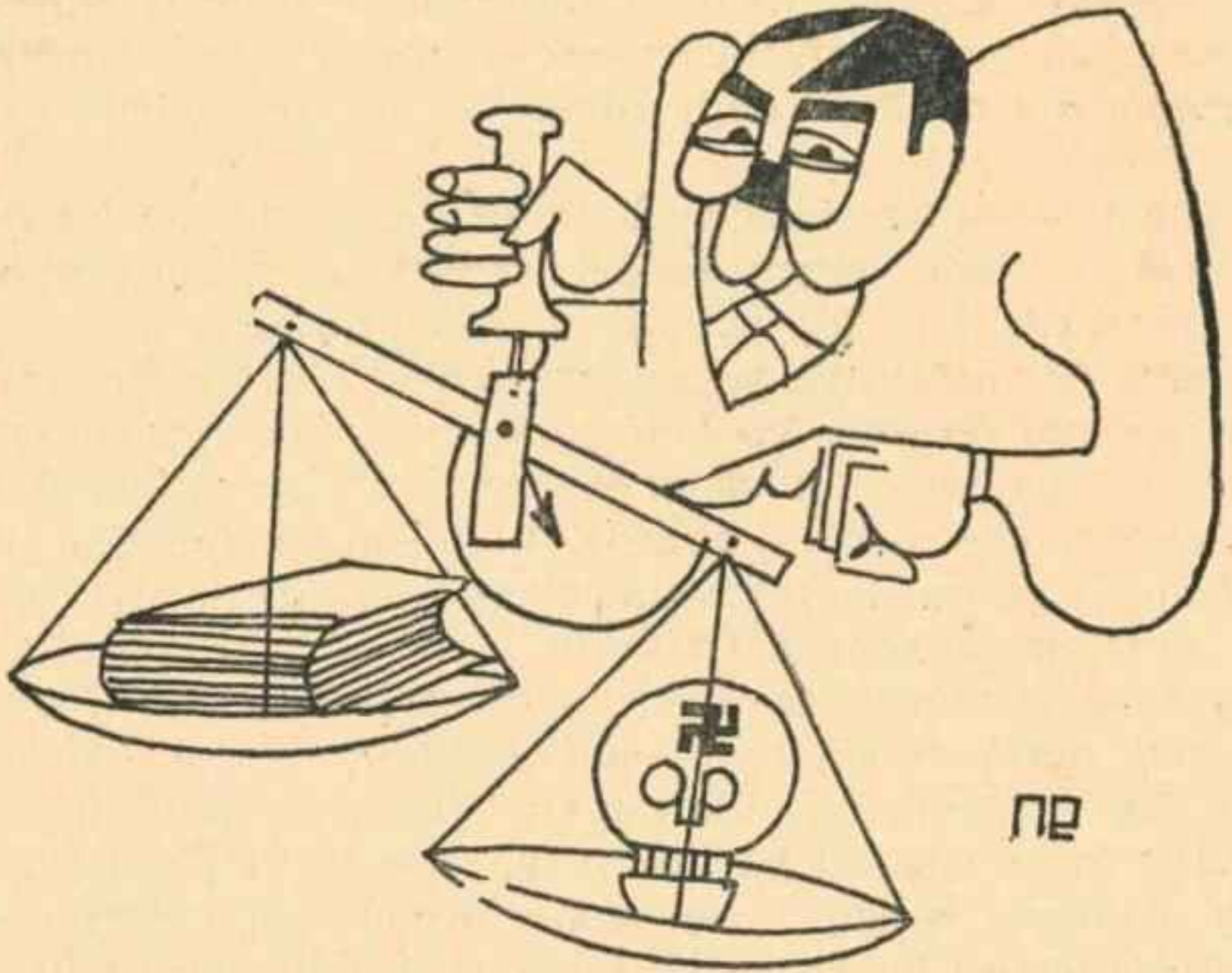
Doğrudur veya yanlıştır, taraftar olunur veya olunmaz, bir bilim adamı olarak kabul ettiğim metod, görüş ve düşüncelerimden dolayı kime karşı sorumluyum?

Yaşadığım çağa ve topluma karşı.

Ya Mahkemelere? Asla.

Bilim adamı, seçtiği metoddan dolayı, başta çağına karşı sorumludur. Bir bilim adamı, metodunu seçerken, çağının metod

konusundaki gelişmelerini çok iyi bilecektir. Çağının terkettiği, nihayet mahkûm ettiği bir metodu seçmemekle yükümlüdür. Aksi takdirde, yanlışlar yapar, giderek bilim adamı niteliğini yitirebileceği gibi, çağına ve kendi halkına karşı zararlı bir kişi olur.



Bilim adamı seçtiği metoddan dolayı yaşadığı topluma karşı da sorumludur. Toplumda, «akademik çevreler»den başlayarak, halk kitlelerine varıncaya dek çeşitli kesimlerle yüzyüzedir. Yanlış bir metod seçmişse, bu kesimlerin eleştirisine uğrar. Yanlış bir metod seçmişse, toplumda gerçeklerin, doğruların ortaya çıkmasından yana olmayan güçlerin —bilerek veya bilmeyerek— oynayacağı olur; gerçeklerin doğruların ortaya çıkmasından yana olan güçlere, giderek halka karşı bir duruma düşer.

Bilim adamının mahkemelere karşı sorumluluğu var mıdır?

Hayır. Bilim adamı, bilimsel görevini yerine getirirken, mahkemelere karşı hesap vermez. Böyle bir yol tutulursa, o toplumda hem bilim ilerleyemez hem de tarihte çok acı örneklerini gördüğümüz büyük yanlışlıklar yapılmamış olur mahkemelerce; giderek adalet ağır yaralar alır.

Bir bilim adamı olarak, beni, bu genel tarihi, ve sosyal doğrular açısından olduğu gibi, Türkiye’de —bugün eğer kalmışsa— demokrasi ilkeleri ve hukuk açısından da suçlandırmak, giderek cezalandırmak imkânsızdır.

Gerçekten, Türkiye’de, ideal sayılan ve gerçekleştirilmek istenen demokrasi, «Batılı» tipte bir demokrasidir.

Peki, nedir Batı Demokrasinin başta gelen özelliği?

Batı demokrasisinin —o demokrasi tipine taraftar olanların ısrarla işaret ettikleri— en büyük özelliği toplumda değişik görüşlerin varlığını ve yaşama hakkını tanımasıdır.

Değişik sosyal çıkarların barış içinde mücadele edebilmesi, bir taraf için «zararlı» gözükenin öteki taraf için —tam tersine— «yararlı» olabileceği gerçeğinin kabulüdür. Batı demokrasisi. Bu demokraside, hiç bir doktrinin imtiyazı yoktur. Hürriyete saygılı oldukça, her düşünce serbesttir: Serbest açıklanır, serbestçe teşkilâtlanır, serbestçe yarışır. Ve her düşüncenin siyasi iktidara gelme hakkı vardır.

Düşünceler serbestçe açıklanacak, serbestçe teşkilâtlanacak ve serbestçe yarışacaktır. Ancak, demokrasi, kendini korumayacak demek midir bu? Hayır. Her rejim gibi, demokratik rejim de varlığına yönelecek tehlikeler karşısında kendini koruma hakkına sahiptir.

Ne zaman vardır o tehlikeler?

O tehlikeler, —Batı demokrasisine taraftar olanların belirttikleri gibi—düşüncelerin «şiddet hareketleri» halini aldığı anda vardır. Devlete karşı girişilmiş şiddet eylemleri, sabotajlar, silahlı çatışmalar vb. Bunlar maddî olaylardır, suçtur ve cezalandırılırlar. Ne var ki, o maddî olaylara ilham veren düşünceler yasaklanamaz ve cezalandırılmaz. Çünkü, Batı demokrasisine göre, «Düşünce suçu olmaz.» Örneğin, «anarşik» tipte olaylar cezalandırılacak; ama «anarşizm» hakkındaki görüşler ve eserler yasaklanamayacak ve cezalandırılmayacaktır.

Bu noktayı daha da aydınlığa çıkartmak amacı ile, hem de Fransız Devlet Güvenlik Mahkemesinde, birkaç yıl önceki duruşmalardan birinde, mahkemenin başkanı Romeiro'nun söylediği sözleri hatırlatmak isterim. Çeşitli sabotaj hareketlerine girişen, binaları kundaklayıp kamyonları havaya uçuran bir grup insanın duruşması başlarken, mahkemenin başkanı Romeiro, savcıya ve sanıklara şu önemli noktayı hatırlatmaktadır.

«Fransız Hukukunda düşünce suçu diye bir şey yoktur. Burada yargılayacağımız maddi olaylardır; yoksa bu olaylara ilham veren fikirler değildir...» (Le Monde 6.X.1972).

Anarşist olaylar karşısında tavrı bu olan Batı demokrasisinin bilim adamları karşısındaki tavrının ne olabileceğini ayrıca belirtmeye bilmiyorum gerek var mı?

Benim, bir bilim adamı olarak, hukuki açıdan, Türkiye'de bugün yürürlükte bulunan Anayasa ve kanunlar açısından da suçlandırılmam, giderek cezalandırılmam imkânsızdır.

Başta Anayasa, bir maddesinde, «Herkes, dil, ırk, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç, din ve mezhep ayrımı gözetilmeksizin

kanun önünde eşittir» (m. 12/1) derken, bir başka maddesinde, «Herkes, düşünce ve kanaat hürriyetine sahiptir; düşünce ve kanaatlerini, söz, yazı, resim ile veya başka yollarla tek başına veya toplu olarak açıklayabilir ve yayabilir» (m. 20) demektedir. Böylesine mutlak ve sınırsız bir düşünce hürriyetinin doğal bir uzantısı olarak, bir başka maddesinde de şöyle demektedir : «Herkes, bilim ve sanatı serbestçe öğrenme ve öğretme, açıklama, yayma ve bu alanlarda her türlü araştırma hakkına sahiptir» (10. 21/1)

Sayın Savcının hakkımda uygulanmasını istediği 142. maddenin öngördüğü unsurlar özellikle «cebir» unsuruna da ne yazılarımda, ne de sözlerimde rastlamaya imkân yoktur. Burada, Anayasa Mahkemelerin, 141 ve 142. maddeler hakkında verdiği ünlü kararında, «bilim ve sanat çalışmaları serbesttir» diyerek, bu maddelerin bu tür çalışmalara uygulanamayacağı yolundaki görüşünü de hatırlatmak isterim.

Sayın Başkan, Sayın Üyeler,

Çağına ve toplumuna karşı görevini yerine getirmiş bir hocanın huzuru içindeyim şu anda. Yazdıklarım, yazılması gereken şeylerdir. Bugün yazmaya kalksam, —en azından—gene aynı şeyleri yazardım. Hiçbiri hakkında en ufak bir pişmanlık duymuyorum. Kalemimden çıkmış her cümlemin —cümle ne demek— her kelimenin ve hecenin altında, entellektüel şeref ve haysiyetim yatmaktadır. İnsanın; hayatta dönebileceği şeyler olabilir. Ama entellektüel şeref ve haysiyetimden, —ölüm bahasına da olsa— dönemem. Attilâ İlhan'ın, o yeni ve unutulmaz şiirlerinden birinin son mısraları geliyor aklıma :

Dolu bir tabanca gibi

O sözler ki, kalbimizin üstünde

Ölüp ölesiye taşırız

O sözler ki, bir kez çıkmıştır ağzımızdan

Uğrunda asılırız.

Ben, içinde yaşadığım çağa ve topluma karşı, bir bilim adamı olarak sorumluluğumu yerine getirdim. Şimdi sorumluluk sırası sizde. Yalnız, unutmayınız ki siz de çağınıza ve topluma karşı sorumlusunuz. Çünkü, her mahkeme kararı onu verenlerin yalnız hayatları boyunca değil, onu verenler hayattan çekildikten sonra da anılır : İyi anılır, kötü anılır, ama anılır. İsterim ki, sizin kararınız, —ilerde kültür tarihinin mutlaka bahsedeceği bu dava dolayısıyla— iyi anılsın, takdirle anılsın.

Sizleri tarihin huzurunda toplumun huzurunda sorumluluklarınızla başbaşa bırakıyorum.

Hoşça kalınız.

30 Eylül 1976

Server/TANILLI

Genel Sağlık Sigortasına Hayır

Mithat Gürkem

Tüm-Der Genel Sekreteri

Sınıflı toplumlarda, sınıflar arası ilişkiler sömürüye dayanıyor. Egemen sınıf, her toplumda, emekçi sınıf ve tabakaları sömürüyor alabildiğince. Sömürü, insanın her yönden sömürülmesi. Özellikle kapitalist toplumlarda bu daha gelişkin. Kapitalizm, yeni sömürü şekilleri ortaya çıkartmış bulunmakta. Daha değişik söylenirse, kapitalist toplumlarda burjuvazi, başta işçi sınıfı olmak üzere tüm emekçi sınıf ve tabakaları yaşamın her anında ve her durumda sömürmenin yollarını bulmuş.

Sağlık, toplum yaşantısında önemli bir konu. Sosyalist toplumlarda insan sağlığı, insana verilen değerle eş anlamlı. Bu nedenle sağlık sorunu sosyalist toplumlarda çözümlenmiş durumda. Koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önem, birçok hastalığı sorun olmaktan, tehlike olmaktan çıkarttığı gibi, en önemli hastalıklar yok edilmiş durumda. Tüm sağlık hizmetleri ücretsiz ve halkın tümü bu olanaktan yararlanıyor. Koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişkin olması, tedavi edici sağlık hizmetlerinin de kolaylıkla yapılmasını sağlayan bir olgu. Çünkü, toplumun sağlığını korumak kişilerin tek, tek sağlığını korumaktan daha önemli ve yararlı.

SAĞLIK NEDİR?

Sağlık, kişinin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik durumunda olmasıdır.

Sağlık, açıklamasından da anlaşılacağı gibi bireyin her yönden sıhhatli olması demek olduğuna göre, önemli bir konu olarak ortaya çıkmaktadır.

Sağlık sorunu ise, ilk insandan beri var olan, insanlık tarihi kadar eski bir olgu olmaktadır. Her evrede, sınıflı toplumlarda egemen sınıfların politikalarını yansıtan bir sağlık politikaları da bulunmaktadır. Yani, egemen sınıfların, insan sağlığına verdikleri önemi, politikalarından anlamak olanaklıdır. Bu nedenle sağlık sorunu, üretim ilişkilerinden soyut olarak düşünülemez.

Türkiye, dışa bağımlı kapitalist bir ülke, Kapitalist bir ülke olmasının getirdiği sonuç, sağlık sorununu da bir sömürü aracı olarak kullanması. Bu, yeni yasama yılında çıkartılmak istenilen

«Genel Sağlık Sigortası Yasa Tasarısı» ile de daha bir açığa çıkıyor.

1961 yılında çıkartılan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası, halkın tüm kesimlerine sağlık hizmetlerinin eşit olarak götürülmesini, koruyucu hizmetlere ağırlık verilmesini ve okuyucu hizmetlerin tedavi edici hizmetlerle desteklenmesini öngörüyordu. Bu yasanın aksayan yönlerinin giderilmesi sonucu, sağlık hizmetlerine belirli bir yenilik getirilip, sağlık sorunu yine belirli oranda çözüme ulaşabilirdi. Ancak, 1965 yılından itibaren bu yasa rafa kaldırıldı. Bunda, yerli ve yabancı ilâç sanayicilerinin, tüccarlaşmış doktorların önemli bir baskısı rol oynamıştır. Zira bu yasa, toplumda egemen güçlere hizmet anlayışıyla, yani kapitalist anlayışla çelişiyordu. 1965 yıllarında AP İktidarının sağlık sorununa getirdiği çözüm ise Genel Sağlık Sigortası'ydı.

GENEL SAĞLIK SIGORTASI VE MEMURLAR :

Genel Sağlık Sigortası Yasa Tasarısı'nı kısaca özetlemekte yarar var. Tasarı, 12 Mart döneminde kurulan bir komisyonda incelenmeye başlandı. 14.5.1975 gün ve 71/1457/2526 sayılı Bakanlar Kurulu kararıyla, MC tarafından TBMM'ye sevk edildi. Tasarı komisyondan CHP'nin de oylarını alarak geçti. Bu, tasarının kanunlaşacağının somut bir göstergesi. Böylece, sermaye emekçi sınıf ve tabakaların cebine elini bir kez daha sokmuş oluyor.

Tasarı yasalaştığında, tüm halktan % 4 prim kesilmesi öngörülüyor, Böylece finansman sorununa çözüm bekleniyor. Türkiye'de gelir vergisinin % 66'sının memur ve işçilerden, % 34'ünün ise diğer kesimlerden (tüccar, sanayici, serbest meslekte olanlar vb.) alındığı dikkate alınırsa, getirilecek yasa ile yükün kimin omuzlarına yükleneceği açığa çıkıyor. Bunun karşılığında olacaklar ise şunlar : Bir kez tasarı, başta ilâç şirketleri olmak üzere, sermaye çevrelerine, özel hastanelere ve muayenehanelere yeni çıkarlar sağlayan yolları sonuna dek açıyor. Zira, herkes istediği an istediği kadar muayene olabilecek. Böylece, yukarıda belirttiğimiz kurumlar muayene ücretlerini sigortadan alacaklar. Her muayene olana ise bir torba ilâç verilecek. Sigortalı aldığı ilâçların % 25'ini cebinden ödeyecek, ayet, sigortaca belirlenen ilâçların dışında ilâç yazılmışsa, paranın tamamını sigortalı ödeyecek.

Tasarının aksayan yönlerini, daha doğrusu halkın nasıl sömürüleceğini daha uzun anlatmak olanaklı. Ancak, biz burada konuyu memurlar açısından ele almak istemekteyiz.

Bilindiği gibi, 1977 bütçesinde memur maaşlarında katsayının 10 olacağı söyleniyor yetkili kişilerce. Bu, tabanda 160, tavan-

da 1000 TL. artış demek. Artış brüt. Neti 90,— TL. civarında. Tasarı yasalaştığında memurlardan, % 4 kesinti yapılacağına göre bu, 80,— TL. ediyor. Demek ki, bu yıl katsayı artışı olarak verilecek olan miktarın büyük bir bölümü yeni yasa ile kesilecek. Böylece, devlet memurlara bir eliyle verdiğini öbür eliyle geri alacak. Alınan paranın kime gittiği açık. Yukarıda belirtildi. Bu iki yönlü bir sömürü olacak. Şimdiye kadar memurların sağlık bakımı ücretsizdi, bunun için ayrı bir kesinti de yapılmıyordu. Bundan böyle, kesinti yapılacağı gibi, alınacak ilâçların bir bölümünün parasını da memur ödeyecek, Muayeneler de bugünkünden farklı olmayacak. Yine bir doktor yüzlerce kişiyi bir günde muayene etmek zorunda kalacak.

Bütün bunlar, burjuvazinin, emekçileri biraz daha fazla sömürmesi için yapılacak.

YASA ÇIKMAMALI :

Anayasa'nın 49. maddesi şöyle «Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesi ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir.»

Madde açık, halkın sağlığını korumak devletin ödevi. Bu ödev yapılırken sömürülmemesini sağlamak da devletin görevi. Anayasa'nın 45. maddesi aynen şöyle diyor bu konuda. «Devlet çalışanların yaptıkları işe uygun ve insanlık haysiyetine yaraşır bir yaşayış seviyesi sağlamalarına elverişli adaletli bir ücret elde etmeleri için gerekli tedbirleri alır.» Açıkcası şu : çalışanların insanca yaşaması için, insanca yaşamaya yetecek ücret verilir. Kapitalist toplumlarda ise, Türkiye'de olduğu gibi, sömürü esastır. Esas bu olunca çalışanların, insanca yaşamasını sağlayacak ücret almaları da olanaksız olmaktadır.

Anayasa'nın yukarıda belirtilen 49. maddesinin ruhuna uymak için sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi gerekmektedir. Tüm sağlık hizmetleri ve ilâç sanayi devletleştirilmelidir. Burada asıl çözümün sömürünün olmadığı bir düzende olacağı da açıktır.

Ancak, bugün tüm demokratlara, ilericilere düşen görev, sağlık sömürüsünü geliştirecek bu yasanın yasalaşmasını önlemek olmalıdır.

**Tüm Sağlık Hizmetleri
Devletleştirilmelidir.**

Ülkemizde Çocuk Ölümleri

Doç. Dr. Erol Mavi

Ege Ün. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kürsüsü

Bir ülkenin içinde bulunduğu durumu en iyi yansıtan göstergelerden biri, çocuk ölümlerinin sayısıdır. Yalnızca çocuk ölümlerinin bilinmesi ile bir ülkenin sosyal, ekonomik ve kültürel yapısı hakkında kesin yargıya varılabilir.

Konunun özelliği nedeniyle zorunlu olarak istatistiksel veriler üzerinde durulacaktır. Sayılardan doğru sonuçlara varabilmenin birinci koşulu, sayıların güvenilebilir olmasıdır. Bu yönden bakıldığı zaman elimizdeki kaynakların oldukça sınırlı olduğu ve birçok durumda gerçeği tam yansıtmadığı görülür.

Yanılıgı kaynakları başlıca iki gruptur :

1. Bilgi verene bağlı yanılıgılar
2. Toplanan bilgilerin değerlendirilmesinde yapılan yanılıgılar.

Aşağıdaki sayılar Devlet İstatistik Enstitüsünün 25 Ekim 1970 genel nüfus sayımının sonuçlarını bildiren 659 sayılı yayınının 2. sayfasındaki tablodan alınmıştır. Bu tabloda Türkiye nüfusunun yaşlara göre dağılımı verilmektedir.

| | |
|-------------------------|-----------|
| 19 yaşında toplam nüfus | 482.723 |
| 20 » » » | 1.049.484 |
| 21 » » » | 478.399 |
| <hr/> | |
| 34 » » » | 280.062 |
| 35 » » » | 829.562 |
| 36 » » » | 364.311 |
| <hr/> | |
| 69 » » » | 58.061 |
| 70 » » » | 318.836 |
| 71 » » » | 45.127 |
| <hr/> | |

Tablo incelendiğinde özellikle 9 yaşından sonra, sonu «5» ve «0» ile biten yaşlardaki nüfusun kendilerinden hemen önce ve sonra gelen yaşlardaki nüfus sayısından çok fazla olduğu görülür. Örneğin 70 yaşındakilerin sayısı, 69 ve 71 yaşındakilerden yaklaşık olarak 6-7 defa daha fazladır. Bu farkı açıklayacak hiçbir mantıki neden yoktur. Kanımızca bu durum, vatandaşlarımızın büyük çoğunluğunun kendi doğum tarihlerini kesin olarak bilmemelerinden ileri gelmektedir. Bu nedenle toplumumuzda yapılacak nüfus çalışmalarında 5 yıllık yaş grupları üzerinden değerlendirmeler yapmak daha doğru sonuçlar verir.

Yanılıgı kaynaklarının ikincisi toplanan bilgilerin değeriendirilmesinde ortaya çıkmaktadır. Örneğın, Devlet İstatistik Enstitüsünün 1972 yılına ait «Hayati İstatistikleri, İl ve İlçe Merkezlerinde Ölümler» isimli 723 sayılı yayının 120-122, sayfalarında «Ölümlerin seçilmiş 50 neden ve yaş gruplarına göre dağılımı» tabloları vardır.

43 No.lu ölüm nedeni : «Yenidoğan çocuklardaki enfeksiyonlardır». Tablo incelendiğinde 75 yaşından büyük 7 kişinin bu nedenden öldüğü görülür.

45 No.lu ölüm nedeni : «Psikozdan bahsedilmeksizin ihtiyarlık (Senilite), iyice tarif edilmeyen ve meçhul kalan sebebler» dir. Bu tabloya göre 0-1 yaş grubunda 592 bebek ihtiyarlık nedeniyle ölmüştür.

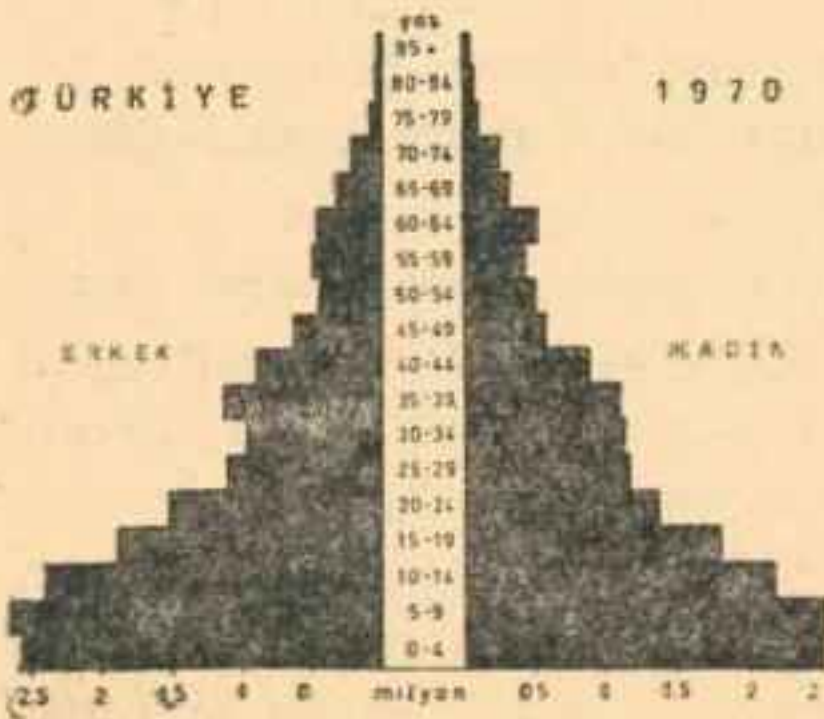
Örnekler daha da arttırılabilir ve görüldüğü gibi bu kaynaklara dayanılarak yapılacak değeriendirme ve yorumlarda çok dikkatli olmak gerekmektedir. Fakat elimizde ülkemizin nüfus özelliklerini tümüyle gösteren başka kaynak olmadığından zorunlu olarak bu kaynaklardan yararlanılmış, ancak sadece genelleme yapabilmeye olanak sağlayan değerieler kullanılmıştır.

25 Ekim 1970 sayımına göre ülkemizin toplam nüfusu 35.666.549'dur. 0-14 yaşlarındaki çocukların sayısı 14.888.973'dür. 0-14 yaş grubunun toplam nüfusa oranı :

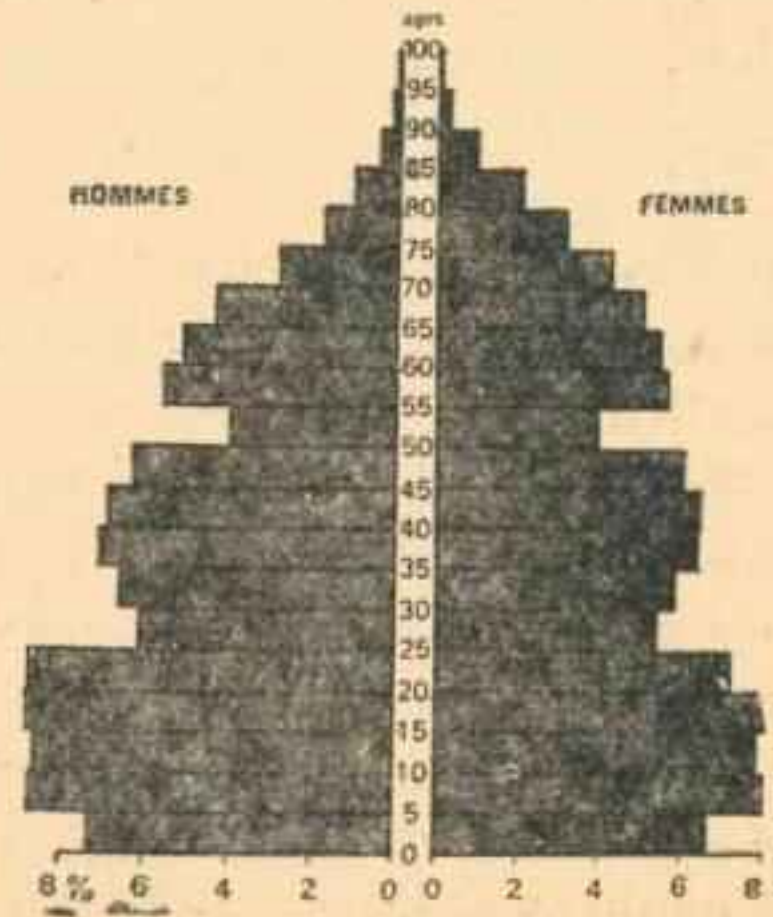
| | |
|------------|--------|
| Türkiye'de | % 41.7 |
| Fransa'da | % 25.1 |
| Almanya'da | % 23 |
| İtalya'da | % 22 |

Görüldüğü gibi ülkemizde çocukların toplam nüfus içindeki oranı gelişmiş ülkelerden çok fazladır.

Şekil 1'de Türkiye'deki, şekil 2'de Fransa'daki nüfusun yaşlara göre dağılımları görülmektedir. Nüfusun yaşlara göre dağılımı



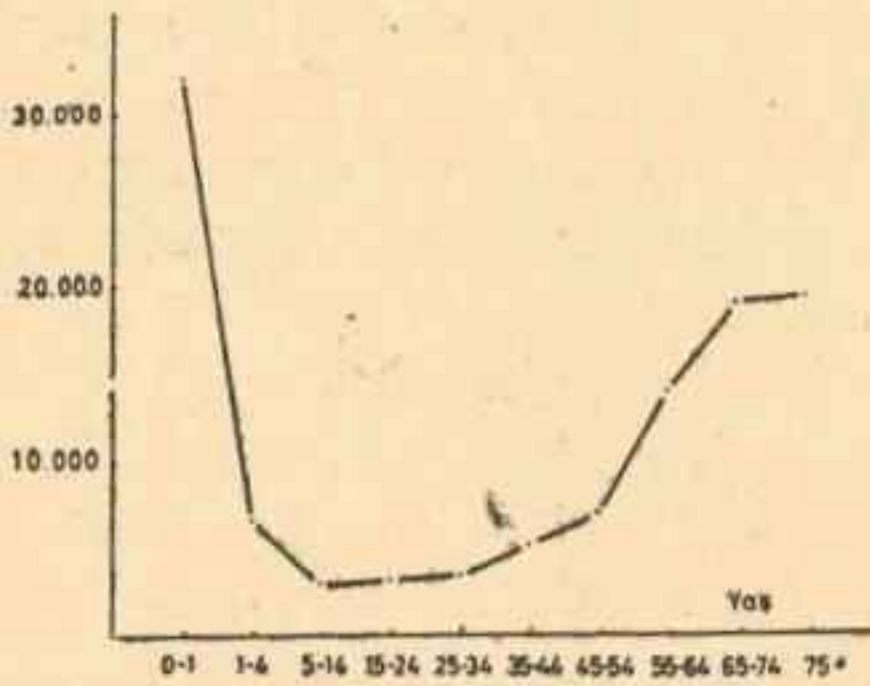
Şekil 1 :



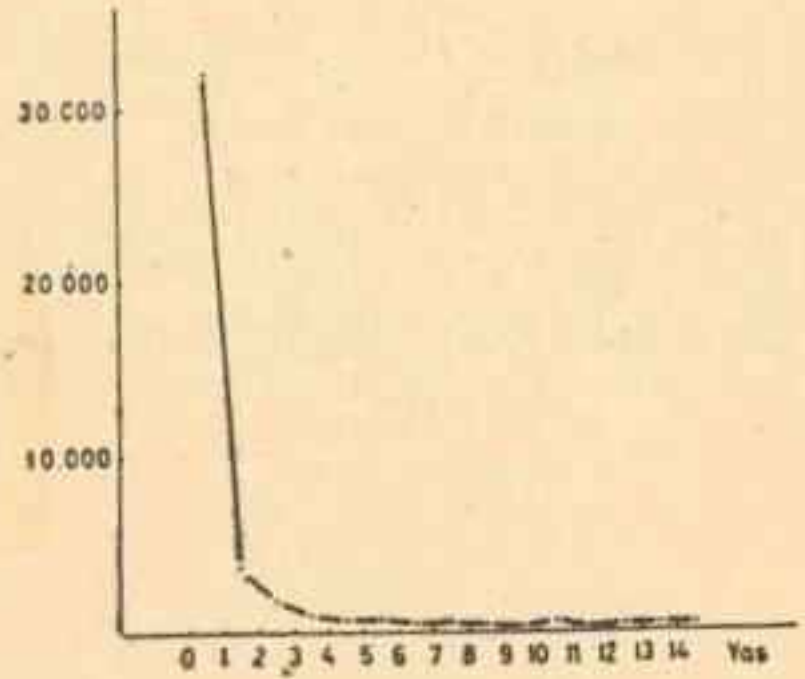
Şekil 2 :

ülkemizde tabanı geniş bir piramid şeklindedir. Buna karşılık Fransa'da taban dar orta kısım şişkindir. Bu iki örnek aynı zamanda gelişmiş ve gelişmemiş toplumları da temsil edebilir. Sosyo-ekonomik olarak gelişmemiş yada gelişmekte olan bütün ülkelerde yaş gruplarına göre nüfusun dağılımı ülkemizde olduğu gibi tabanı geniş bir piramid şeklindedir. Bu toplumlara «genç toplumlar» denir. Nüfus dağılımının bu şekilde olması ile sosyal hareketlerin hızı arasında sıkı bir ilişki vardır ve bu nedenle dünyanın geleceğini ihtiyar toplumlar değil bu genç toplumlar saptayacaktır.

Şekil 3'de, 1972 yılında Türkiye'de il ve ilçe merkezlerinde ölümlerin yaş gruplarına göre dağılımı görülmektedir. Ölümler 0-1 yaşından sonra keskin bir düşüş göstermekte ve 45 yaşından sonra tekrar artmaktadır. Görünüş bir «V» harfini andırmaktadır. Gelişmiş ülkelerde 0-1 yaşları arasındaki ölümlerin azlığı nedeniyle bu «V» harfi düzleşmiştir.



Şekil 3 :

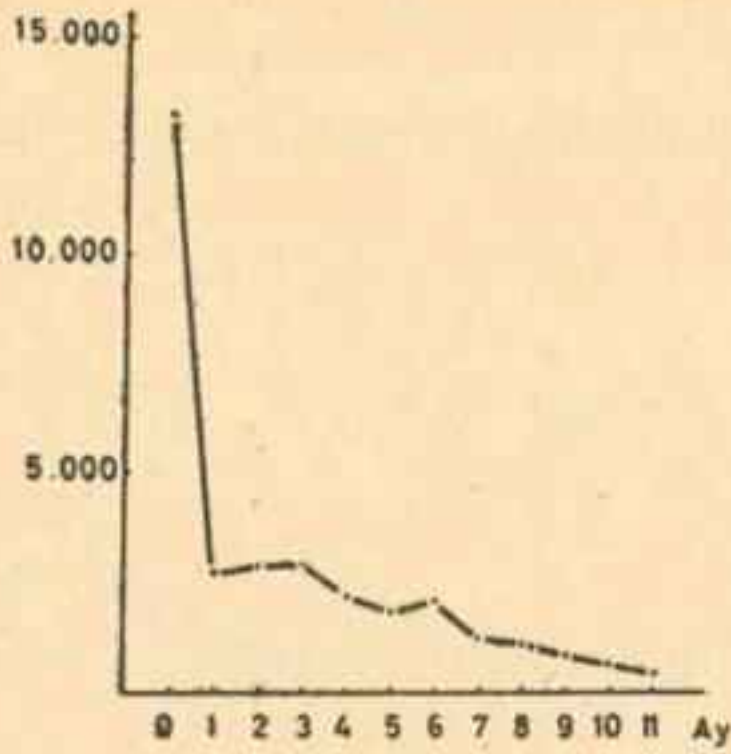


Şekil 4 :

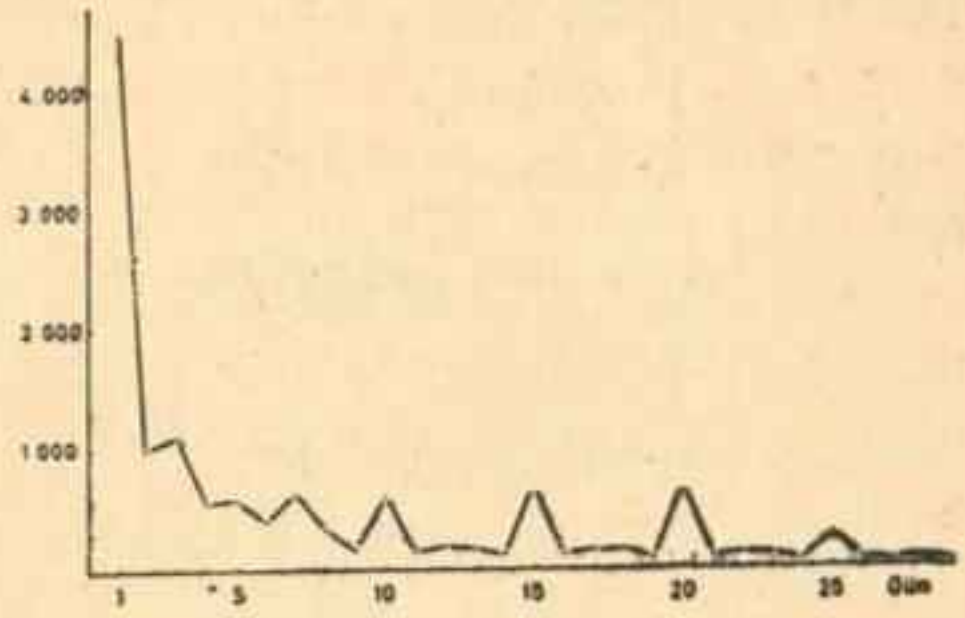
1972 yılında Türkiye'de il ve ilçe merkezlerinde toplam ölüm sayısı 112.419'dur. 0-14 yaşları arasındaki ölümler 41.407'dir ve ölümlerin % 36.8'ini oluşturmaktadır. Şekil 4'de 0-14 yaşları arasındaki ölümlerin yaşlara göre dağılımı görülmektedir. Kolayca anlaşılabileceği gibi en fazla ölüm 0-1 yaşları arasındadır. 0-1 yaş grubundaki ölüm 31.986'dır ve 0-14 yaşları arasındaki ölümlerin % 77'sini, toplam ölümlerin % 28'ini oluşturmaktadır. Buna karşılık 1970 sayımına göre Türkiye'de 0-1 yaşları arasındaki çocuklar toplam nüfusun % 2.3'üdür.

Şekil 5'de 0-1 yaşları arasındaki ölümlerin aylara göre dağılımı görülmektedir. 0-1 yaşları arasında ölenlerin büyük çoğunluğu bir aylıktan küçük bebeklerdir. 0-1 ay arasında ölenler 13.274'dür ve 0-1 yaşları arasında ölenlerin % 41'idir.

Şekil 6'da 0-1 ay arasındaki ölümlerin günlere göre dağılımı görülmektedir. Grafikten kolayca görüleceği gibi ölümlerin en büyük kısmı doğumdan sonraki ilk 24 saatte olmaktadır. Birinci gün ölenler 4667'dir ve 0-1 ay arasında ölenlerin % 35'idir.



Şekil 5 :



Şekil 6 :

Bu bilgilere göre 0-1 yaş arasındaki çocuk ölümleri ülkemizdeki en önemli sağlık sorunudur. 0-1 yaş arasındaki ölümler değişik kaynaklarda farklı gösterilmekle beraber ortalama ‰ 150'dir. Bu değer büyük kentlerde ‰ 80'e kadar düşmekte, kırsal bölgelerde ‰ 0 200'ün üzerine çıkmaktadır. Bu bulgulara göre memleketimizde canlı doğan 1000 bebekten kentlerde 80'i, kırsal bölgelerde 200'den fazlası bir yaşına varmadan ölmektedir. Diğer ülkelerle karşılaştırıldığında bu değerlerin son derece yüksek olduğu görülür.

| | |
|--------------|---------|
| Türkiye | ‰ 150.0 |
| İsviçre | 16.1 |
| Kanada | 20.8 |
| A. B. D. | 21.8 |
| Çekoslovakya | 22.2 |
| İsrail | 24.8 |
| Bulgaristan | 28.3 |
| İtalya | 32.7 |
| Yunanistan | 34.4 |

En sık görülen ölüm nedenleri yaşlara göre değişmektedir.

0-1 yaşları arasında

| | |
|---|------|
| 1. Pnömoni | 9985 |
| 2. Yenidoğan enfeksiyonları | 5996 |
| 3. Gastrit, duodenit, enterit, kolit | 5725 |
| 4. Süt çocukluğu başlangıcına ait diğer hastalıklar ve vasfı bildirilmeyen olgunlaşmama halleri | 5725 |
| 5. Doğum travmaları | 965 |

0-1 yaş arasında en sık ölüm nedeni olarak pnömoni görülmekte ise de 2. 4. ve 5. sıralardaki hastalıkların hepsi yenidoğan döneminin hastalıklarıdır. Bu duruma göre 0-1 yaş arasındaki en

sık ölüm nedenlerini aşağıda olduğu gibi sıralamak daha doğrudur.

| | |
|---|--------|
| 1. Doğum travması ve yenidoğan hastalıkları | 12.686 |
| 2. Pnömoni | 9.985 |
| 3. Gastroenteritler | 5.725 |

1 - 4 yaşları arasında

| | |
|--|-------|
| 1. Pnömoni | 2.683 |
| 2. Gastroenteritler | 1.216 |
| 3. Motorlu taşıt kazaları ve diğer bütün kazalar | 483 |

5 - 14 yaşları arasında

| | |
|--|-----|
| 1. Motorlu taşıt kazaları ve diğer bütün kazalar | 702 |
| 2. Pnömoni | 423 |
| 3. Gastroenteritler | 146 |

SONUÇ :

1. Memleketimizde çocukların toplam nüfus içindeki oranı yüksektir.
2. Çocuk ölümleri, özellikle 0-1 yaş arasındaki ölümler diğer ülkelerle kıyaslandığında, korkunç denilebilecek kadar yüksektir.
3. Yaş küçüldükçe ölüm oranı artmaktadır. Doğumdan sonraki ilk 24 saat ölüm oranının en yüksek olduğu dönemdir.
4. En sık görülen ölüm nedenleri çok basittir ve tıbbi yönden kolaylıkla giderilebilir.

ÖNERİLER :

Nüfusunun yarısını çocukların meydana getirdiği toplumumuzda, çocuklar için sözde kalmayan gerçek bir sağlık politikasının saptanması ve bunun devlet tarafından yürütülmesi zorunludur. Çünkü çocuk ölümlerinin bu kadar yüksek oluşu aynı zamanda ekonomik bir kayıptır ve ülke kalkınmasını olumsuz yönde etkilemektedir. Hem insani yönden, hem ülke kalkınması yönünden çocuklarımızın bu kadar basit nedenlerle ölmelerine artık izin verilmemelidir.

Ölüm nedenleri bu kadar basit olmakla beraber bunların ülke çapında giderilmeleri çok geniş bir organizasyonu ve büyük bir çalışmayı gerektirmektedir. Bu amaca yönelik Ana-Çocuk Sağlığı Örgütünün bugünkü durumu ve gelişme temposu ile sorunların çözümü olanaksızdır. Bu örgütün altyapı hizmetleri oldukça iyi planlanmış olmasına rağmen doktor ve diğer yardımcı sağlık per-

soneli açığı büyüktür ve bu açığın kısa sürede kapatılabileceği beklenilmemektedir. Bu nedenlerle sorunun çözümü için ek olarak başka yolların da aranması bir zorunluluk olarak ortaya çıkmaktadır.

Ebelerin gebelik takibi ve doğum yaptırma görevleri yanında, çocuk bakımı ve beslenmesi konularında daha iyi eğitilmeleri ve ayrıca pnömoni ve enterit gibi en sık ölüm nedeni olan hastalıkları tanıyabilecek ve tedavi edebilecek şekilde yetiştirilmeleri iyi bir çözüm yolu olabilir. Ayrıca bu görev özel olarak eğitilmiş yardımcı sağlık teknisyenlerine de verilebilir. Ebelerin ya da sağlık teknisyenlerinin, sorunu ülke çapında çözebilecek sayıda hızla yetiştirilmeleri, bir tıp fakültesi kurmak ve bunun devamını finanse etmekten çok daha kolay ve çok daha ekonomiktir.

Bu öneriler «tedavi edebilme yetkisinin» doktor olmayanlara verilmesi şeklinde değerlendirilmemelidir. Bunlar ülke çapında bir «felaket» olan bebek ölümlerinin hızlı çözümü için önerilmektedir. Ülkemizde her yıl ortalama bir milyon çocuk doğmaktadır ve bunlardan 150.000'i sessizce ölüp gitmektedir. Hiçbir doğal felaket bu kadar fazla ölüme neden olmamıştır. En kuvvetli yer sarsıntılarında, en büyük su baskınlarında bile ölü sayısı bu rakamlara ulaşmamıştır. Trafik kazalarında bir yılda ölenlerin sayısı da bu rakamın çok altındadır. Ayrıca bu «gizli felaket» ülkemizde her yıl tekrarlanmaktadır. Nadir hastalıklı bir çocuk üzerinde büyük tartışmaların yapıldığı ve hatta yardım kampanyalarının açıldığı ülkemizde, hergün ortalama 400 çocuğun ölümü kamu oyuna gerektiği gibi yansıtılamamakta ve gereken ilgiyi görmemektedir. Konunun daha acı yönü bu ölümlerin % 80'inin bugünkü tıbbi olanaklarla kolaylıkla önlenebilecek nitelikte olmasıdır.

Yeterli sayıda doktor yetiştirerek bunları ülkenin her tarafına göndermek, çocuk ölümlerini önlemede ideal bir çözüm yolu olarak düşünülebilir. Ancak en iyi tahminlerle Türkiye'nin doktor açığı 20-30 yılda kapatılabilecektir. Bu duruma göre sorunun yalnız doktorlar tarafından çözümlenmesini beklemek, daha 20-30 yıl hergün 400 çocuğun ölümünü kabul etmek demektir. Sorunun çözümü için gerekli planlamanın yapılması, yöntemlerin seçilmesi ve uygulamanın denetiminde en büyük sorumluluğu doğal olarak doktorlar taşıyacaklardır. Fakat çocuk bakımı, beslenme eğitimi ve en sık ölüm nedeni olan pnömoni ve enterit gibi hastalıkların tanı ve tedavisi ebelere ya da bu konuda özel olarak eğitilmiş yardımcı sağlık teknisyenlerine verilebilir.

Yukarıda söylediğimiz gibi bu önerilere «tedavi yetkisinin» doktor olmayanlara verildiği gerekçesiyle karşı çıkılacaktır. Ancak

hemen belirtelimki bunlar yeni buluşlar değildir. Ebeler uzun süredenberi, bugün için özel bir uzmanlık alanına giren bir görevi yapmaktadırlar. Ayrıca daha önce trahom ve sıtma savaşında sağlık memurlarına tedavi yetkisi verilmiştir. 30 sene önce, bugün isimleri unutulmuş, fedakâr Türk doktorlarının gözetim ve denetimi altında çok geniş bir yardımcı sağlık memuru kadrosu ile sıtmaya karşı, bütün dünya ülkelerine örnek olabilecek büyük bir savaş verilmiş ve bu hastalık ülke için büyük bir felaket olmaktan çıkarılmıştır. Türkiye'nin yakın tarihinde hiçbir sorun sıtma savaşında olduğu gibi ülke çapında çözüme ulaştırılamamıştır. Böyle bir başarıyı elde edebilmiş olan bir toplumun, çocuk ölümlerini azaltmak için başka ülkelerden örnek aramasına da gerek yoktur.

Günümüz koşullarında benzer bir anlayış ve coşku ile çocuk ölümlerini kısa sürede azaltmanın olanak içinde olduğu kanısındayız. Bunu gerçekleştirmek için, ülkemizin en önemli sağlık sorununun özellikle 0-1 yaşları arasındaki çocuk ölümleri olduğunun bilincine varılması ve bunu önleyebilecek doğru bir sağlık politikasının saptanması yeterli olacaktır.

1. Başbakanlık, Devlet İstatistik Enstitüsü Yayınları No. 659 : 25. Ekim. 1970 Genel rüfus sayımı örnekleme sonuçları, Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara, 1972.
2. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Yayınları No. 723 : Hayati İstatistikler, il ve ilçe merkezlerinde ölümler 1972, Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara, 1975.
3. Masse, N.P., et Goujou, J. : Statistiques et sanitaires dans l'enfance ed. Mandé, R. Masse, N.P., et Manciaux, M. Flammarion Medecine — Sciences, Paris, 1972, p. 19.
4. Öztekin, Z. : Ülkemizde çocuk bölüm oranları ve nedenleri, ATOB, yıl 11, sayı 2. sayfa 35.

Eşrefpaşa 2No'lu Ana Çocuk Sağlığı Merkezi Yöresinde Kreş Gereksinimini Saptama Araştırması

ARAŞTIRMA GRUBU

Çınar Batu

İzmir Sağlık Md. lüğü
Sosyal Hizmetler Şb.
Müdürü

Gülşen Sevim

İzmir Sağlık Md. lüğü
Sosyal Hizmetler Şb.
Sosyal Hizmet Uzmanı

Dr. Güzin Aksu

İzmir 2 No.lu
Ana Çocuk Sağlığı
Merkezi Baştabibi

Ö N S Ö Z

Ülke düzeyinde sosyal hizmet politikasının saptanması, çeşitli programların planlanması, kurumların inşası ve bu gibi çalışmaların halkımız yararına ve gerçekçi olarak yürütülebilmesi için en çok gereksinim duyulan işlerden birisi de toplumun sosyal hizmet gereksinimlerinin ve toplumsal gerçeklerin araştırılması ve bilimsel veriler halinde ortaya konulmasıdır.

Topluma yönelik bu araştırmaların ilk adımı halkla organik bir bağ kurmakla, onun gibi hissetmek ve halk mantığıyla düşünmekle başlar. Medikal hizmetlerle yetinmeyip gerçek bir toplum sağlığı hizmetini halka götürmeğe çalışan ana ve çocuk sağlığı merkezleri amaçlarına ulaşmak için sistemli ev ziyaretleri yapmakla yükümlüdür. Bu yolla yörelerindeki toplumsal sorunları saptamak ve bunlarla bilinçlenmek olanağını bulurlar.

Gözlenen toplumsal sorun ve gereksinimlerden önde gelen birisi de çalışan kadının çocuğunun gündüz bakımındır. Giderek yoğunlaşan bu gereksinim karşısında 2 no.lu Ana Çocuk Sağlığı Merkezi, bölgeye bir kreş ve gündüz bakımevi yapılması düşüncesini geliştirerek çeşitli kuruluşlar nezdinde girişimlerde bulunmuş, projenin gerçekleşmesi için çaba harcamıştır. Bu girişimler cümlesinden olmak üzere Sağlık ve Sosyal Yardım Müdürlüğü Sosyal Hizmetler Şubesi ile kurulan koordine çalışma düzeni projenin gerçekleştirilmesinde önemli bir rol oynamıştır.

İlk adımda, gereksinim boyutlarının bilimsel verilerle ortaya konulması yoluna gidilmiş ve bir araştırma düzenlenmiştir. Araştırma uygulanmış ve yöre halkının kreş düşüncesiyle ilişkili düşünce ve tutumları sağlıklı verilerle ortaya çıkmıştır. Kreş ve gündüz bakımevi kurulmasında böyle sine bilimsel bulgulara dayanmanın başlangıçta sağlayacağı yarar yadsınamaz. Kreşe yer tahsisi yapacak, onu inşa edecek ve işletecek kuruluşların bu araştırmanın bulgularından gereksinme duyacakların olacağına inanıyor, girişimin amacına ulaşmasını diliyoruz.

Anketlerin uygulanmasında emeği geçen Ana Çocuk Sağlığı Merkezi personeline de yardımlarından dolayı teşekkür ederiz.

1. Kuramsal Çerçeve :

1976 Türkiye'sinde, köyden kente akın, çarpık kentleşme, sanayileşme süreci, toplumsal değişme ve gelişmenin yapısında var olan insan gereksinimlerinin çeşitlenmesi ve karşılanma baskısının artması, giderek ağırlaşan yaşam koşullarını yaratmakta ve bu zorlama kadını çalışma hayatına yöneltmektedir.

Kadının çalışma hayatına atılması, pek çok sorunu da beraberinde getirmektedir ki, kanımızca bunlardan en önemlisi çocukların bakım ve eğitimidir. Sorunun önemi çalışan kadının toplumsal yapıdaki yerine, aile yapısına, ekonomik durumuna ve kültürel koşullarına bağlı olarak değişebilmektedir. Ancak sorunun öneminin değişmeyen bir yönü de vardır ki; çalışan kadının çocuğunun bakım ve eğitiminin gelecekteki toplum yapımızı belirleyecek unsurlardan biri olmasında yatar.

Çalışan kadının gün be gün artan çocuğunu baktırma, eğitme ve hattâ daha da öncesi, barındırma; kendisi işyerindeyken bir kuruma emanet etme sorunu karşısında acaba toplum olarak olanaklarımız nelerdir? Tüm çalışan kadınlar çocuklarını bir yere emanet edip gönül rahatlığıyla işbaşı yapabiliyorlar mı? Her çalışan kadının evde çocuğunu bırakabileceği akrabası, komşusu ya da benzeri candan bir yakını var mı? Olmayan için acaba hemen derdine derman olabilecek devlet kurumları ya da özel kuruluşlar mı var? Bunların sayısı ve kapasitesi her yurttaşa hizmet verebilecek, her yurttaşın kesesine uygun ücretle hizmet götürecek durumda mı? İşte çalışan kadının çocuğunun bakım ve eğitimi denince, sorunu bu boyutları içinde düşünmeğe, yanıtlamağa çalışıyoruz.

Bugün Türkiye'nin olanaklarını çocukları 0—3 ve 3—6 gibi iki yaş grubuna ayırarak inceleyecek olursak; 0—3 yaş grubu çocuklarına hizmet veren kapasite 3.000 dolayındadır. 3-6 yaş grubundaki çocuklara yönelik kapasite ise 6.000 dir. Buna temel amacı biraz farklı olan Millî Eğitim Bakanlığına bağlı ana sınıflarını (5.500 dolayında kapasiteli) ve teknik öğretim uygulama ana sınıflarını da (3.600 dolayında kapasiteli) katarsak 18.000 dolayında çocuğun bakım ve eğitim kurumlarının hizmetlerinden yararlanabildiğini ortaya çıkarmış oluruz.

Şimdi akla başka sorular da geliyor : Acaba Türkiye'de yani 40.000.000 luk ülkemizde çalışan annesi olup da geleneksel akrabalık çevresince himaye olanaklarından yoksun kaç çocuk var?

Bunlar himaye edecek olanaklara sahip olmadıklarına göre sokağın bakım ve eğitimine terkedilmiş değiller midir? 18.000 kapasitemiz var derken acaba sokakta ilgisiz kalmış bu çocuklardan bir kısmını bakım ve himaye altına almış oluyor muyuz, yoksa bu olanaklar büyük ölçüde varlıklı ve orta sınıfın yararına mı işliyor? İşçi anaların çocukları yararlanıyor mu? İşçiler, büyük ölçüde kâr amacıyla kurulmuş ana okullarının çoğunluğu oluşturduğu bu olanaklardan yararlanabiliyorlar mı, bütçelerinden bu amaçla 500 liralara 700 liralara 1000 liralara ayırabilirler mi? Eğer mevcut olanaklar da egemen sınıfların ve kısmen de orta sınıfın yararına işliyor ise ki bu böyledir; o zaman söz konusu kurumların da büyük ölçüde halk hizmetinden uzak, göstermelik kurumlar niteliği taşıdığı çıkıyor ortaya.

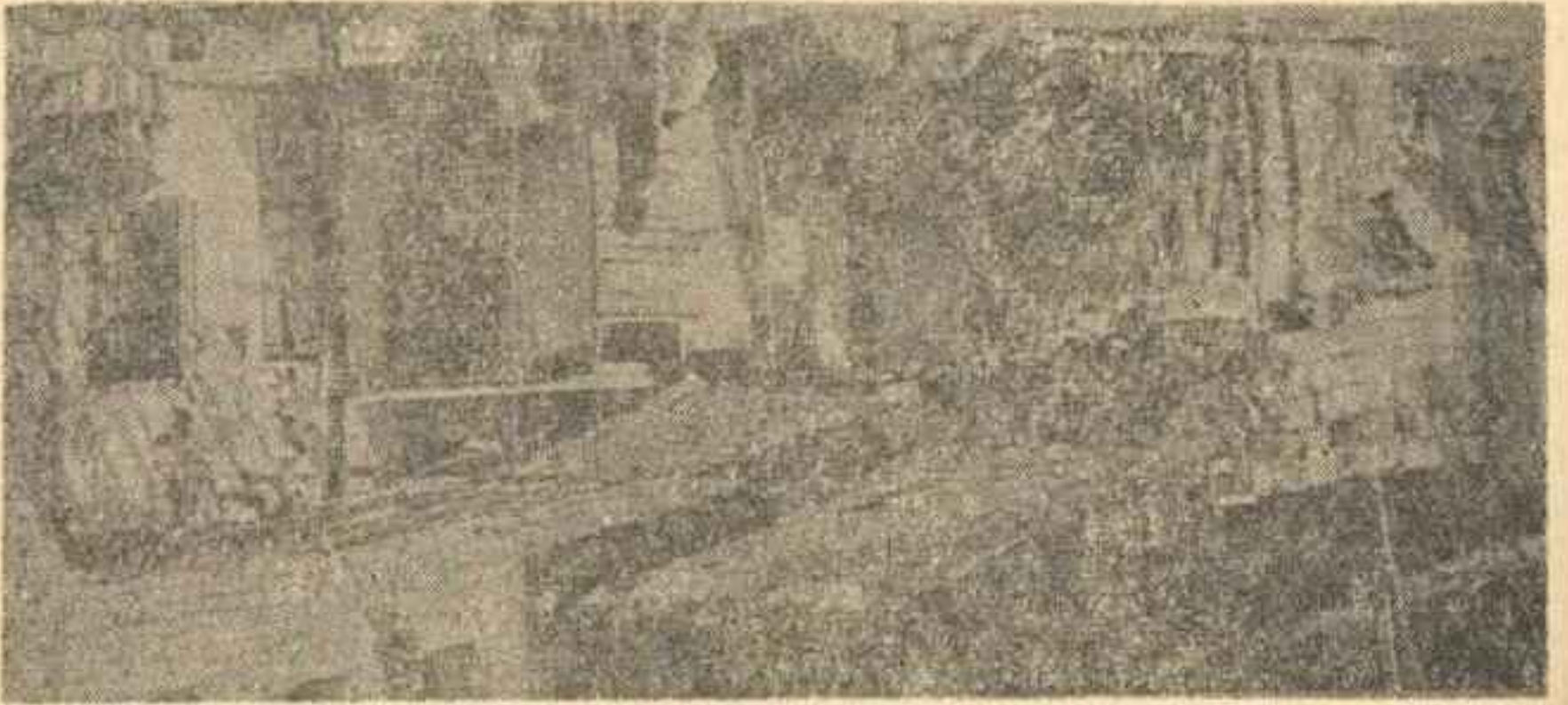
Öte yandan mevzuat yönünden de aksaklıklar ve eksikliklerle karşı karşıya bulunmaktayız. Gerçi, 1475 sayılı İş Yasası'nın 81. maddesi gereği çıkartılan «Gebe ve emzikli kadınların çalıştırılma Şartlarıyla Emzirme odaları ve çocuk bakım yurtları (kreş) hakkındaki tüzük» iş yasasına tâbi işyerlerinde çalışan kadınların çocuklarının bakımı için birtakım önlemler getirmektedir. Fakat bunlar işçi statüsündeki tüm kadınların yararlanmasına olanak tanımamaktadır. Örneğin, söz konusu tüzük gereği 100 kadın işçiye kadar kapasitedeki işyerleri için ne kreş ne de emzirme odası açmayı gerektiren bir hüküm yoktur. Ancak 100 den fazla kadın işçi çalıştıran işyerleri için emzirme odası açma yükümlülüğü getirilmiştir. Kreş açma yükümlülüğüyle karşılaşmak için ise 300 den fazla kadın işçi çalıştırmak hükme bağlanmıştır ki, işverenin kendini bu sınırlamalara göre ayarlaması ve kendisini malî külfete sokacak girişimlerden korunması için gerekli kolaylıklar sağlanmıştır denilebilir.

Burada aklımıza gelen bir soru da şudur : Acaba, işin nevi bakımından 300 ü aşkın kadın işçi çalıştırmak zorunda kalan işyerleri bu yükümlülükleri yerine getiriyor yani kreş açıyor mu? Buna tüm işyerleri için evet diyemeyeceğiz. Şöyleki, genellikle çağdaş yönetim ilkelerine uygun bir yönetimin, gelişmeye uygun bir sermayenin egemen olduğu işyerlerinde kreşler açılmakta. Hattâ kreş açma yasal bir zorlamanın sonucu olarak değil; tersine üretim politikasının, işçi-işveren ilişkilerinin doğal sonuçları olarak işverenin kendi düşünce ve atılımı olarak ortaya çıkmakta. İşçinin refahı için yatırım yapmaktan kaçınan 19. yüzyıl düşüncesinden ayrılamamış sermaye sahipleri ise zora koşulmadıkça, ilgililer kapıya dayanmadıkça böyle sosyal girişimlerde bulunmamakta.

Peki, yükümlülüğünü yerine getirmeyenler için cezai yaptırımlar nelerdir? İş yasasının 104. maddesi gereği bu gibi işverenlere

uygulanacak ceza 1500 liradan az olmamak üzere para cezasıdır. Az olmamak üzere denmekteyse de işverenin bu işten 1500 lirayla sıyrıldığını tahmin etmek hiç de zor değil. Kaldı ki bu miktar 1500 yerine 2000 ya da 3000 lira olsa işveren açısından fazla bir mağduriyet mi yaratacaktır? Yine yasanın aynı maddesi, tekerrüründe bu cezanın 2 katına çıkacağına âmirdir. Tüm bu harcamalar kreş projesinin getireceği yüzbinlerle ifade edilebilecek bir yatırımın yanında çok önemsiz harcamalardır ki biraz önce anlatmaya çabaladığımız ikinci tip sermaye sahiplerinin def-i belâ kabilinden ödeyebileceği meblâğlardır.

İşçi kesiminin kadınları için kısır döngü terimiyle nitelendirilebilecek mevzuat işte bu durumdayken acaba memur statüsünde çalışan kadınlarımıza hangi mevzuat hangi olanakları sağlamıştır? Memur kadınlar için durum daha da acıklı olup işverenin yani devletin kreş açma yükümlülüğünden söz açan hiç bir yasa bulunmamaktadır. Bu durumda, başta belirttiğimiz özel kreş ve ana okulları gereksinmeyi karşılamada yararlanılan birinci kaynak durumundadırlar. Ancak amaçları daha çok ticarî düşünceye dayandığından bakım ve eğitim standartları oldukça düşüktür. Millî Eğitim Bakanlığınca açılmış olan enstitüler bünyesindeki kreş ve ana sınıfları ise bakım ve eğitim amacından çok staj yeri görünümünde ve enstitü öğrencilerinin eğitime dönük bir yapısal nitelik arz etmektedir. Bu da çocuğun gereksinmelerine ve sorunlarını



çözmeye dönük bir kuramsal amaç saptanmasında önemli bir engeli oluşturmaktadır. Aslında çalışan annelerin çocuklarının bakım ve eğitim sorununu enstitülerin sınırlı kapasitesi içinde çözmeği zaten düşünemeyiz. O halde girişimlerin, plan ve programların ağırlığının devlet tarafından açılan ve açılacak olan kreş ve gündüz bakımevlerine kaydırılması kaçınılmaz bir zorunluktur.

Bugün ülkemizde kuruluş amaçları çocukların 0—6 yaş arası bakım ve eğitimi olan iki kreş ve gündüz bakımevi bulunmaktadır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına bağlı olarak çalışan bu ku-

rumlarda 310 çocuk bakılmakta ve eğitilmektedir. Bu sayının yetersizliği aşîkârdır. Yalnız planlamada yapılmış bulunan hatalarla, davayı ele alan yaklaşımın yanlışlığıyla uğraşarak ilgililere boşuna dil dökmekte hiçbir yarar yoktur. Devletin geleneksel planlama anlayışında birdenbire büyük çapta değişiklikler yaratmak olanak dışıdır. Bunun yerine, yerel birtakım olanakları değerlendirerek kapasitenin artmasına yardımcı olmak daha doğru olur. Resmi kuruluşların sorumluları ve gönüllü örgütlerin üyeleri olarak hizmet istek ve çabalarımızı bu yolda kanallize etmekle kısa zamanda küçümsememeyecek bir kapasite yaratmanın olanaklı olduğuna inanıyoruz.

Bu araştırmayla amaçlanan kreş ve gündüz bakımevini işte bu düşünceler içinde ve böyle bir yaklaşımla tasarlamış bulunuyoruz.

2. Araştırmanın Amacı :

2 No.lu Ana Çocuk Sağlığı Merkezinin hizmet götürdüğü yöre daha çok dar gelirlilerin yaşamakta olduğu 11 bölgeden oluşmaktadır. Temel amacımız 51.598 nüfusa sahip yörede çalışan kadınların çocuklarına bakım ve eğitim hizmeti verebilecek bir kreş kurulmasıdır. Şurasını hemen ve kesinlikle belirtelim ki verilecek hizmetin dar gelirli işçi ailelerinin çocuklarına yönelik olması ve talep edilecek ücretin işçinin bütçesinden ayırabileceği bir düzeyde tutulması gibi iki ana karakter bu girişimin yapılmasına güçverici etmenler olmuştur. Bu beklentilerimizin temel amacı belirlemedeki yeri açıktır. İşçi kökenli, dar gelirli ailelere yönelik olan bu hizmetin; kuramsal çerçevede kreş ve gündüz bakımı hizmetlerinin bugünkü acıklı görüntüsüne yöneltilmiş eleştiri ve dileklerle yakın ilişkisi bulunduğu kuşkusuzdur.

Bu temel amaçla bağlantılı olarak yapmış bulunduğumuz araştırmanın amacı da yöredeki ailelerin sosyo-ekonomik yapılarını, çalışan kadın sorununun ve yarattığı çocuk bakım ve eğitimi sorununun yapısını ve boyutlarını, kreş ve gündüz bakımı ve bu amaçla kurulacak kurum konusundaki düşünce ve tutumlarını bilimsel verilerle ortaya koymaktır. Elde edilecek güvenilir bilginin, kuruluş amacı ve hizmet politikası önceden ve bilinçle ortaya konulmuş bulunan bu kurumun gerçekleştirilmesinde, kendisine bel bağlanacak ve getireceği bulgulara dayanılacak bir mahiyet arzettiği ve büyük önem taşıdığı kuşkusuzdur.

3. Araştırmanın Önemi :

a) Kreş ve gündüz bakımı konu ve alanı içinde proje planlamaya dönük ilk araştırma olmasından,

b) Kurum inşa etmek gibi somut ve pratik bir adımın bilimsel temelini oluşturmaları açısından ileri gelmektedir.

Gerek araştırma gerekse kreş ve gündüz bakımevinin gerçekleştirme aşamaları bundan sonra yapılacak benzeri yerel girişimler için iyi ve hatalı yönleriyle yararlanılacak somut bir deney olacaktır kanısındayız.

Y Ö N T E M

1. Araştırmanın Alanı :

Araştırma alanı İzmir ilinin Eşrefpaşa semtinde bulunan 2 No.lu Ana Çocuk Sağlığı Merkezi'nin çalışmalarını yürüttüğü coğrafi bölgedir. Bu bölge, İzmir kentinin güney bölümü üzerinde bulunan, Kadifekale'den Eşrefpaşa'ya doğru yükselti kaybederek uzanan tepelerde ve bu tepelerin denize bakan taraflarıyla Şirinyer'e dönük taraflarında kurulmuş bulunan mahalleleri kapsamaktadır. Arazi çok engebelidir. Meylin fazlalığı nedeniyle çoğu yollar merdiven biçimine sokulmuştur. Bölgenin en yüksek yeri 176, en alçak yeri ise 64 metredir.

Bölgenin kuzeyini Hatay Caddesinin başlangıcı, Birleşmiş Milletler Caddesi, 426-427 sokaklar, Eşrefpaşa Caddesinin bir bölümü, 742 sokak ve Rakım Elkutlu Caddesinin sonu sınırlar. Doğusunda Kadifekale ve 1011 sokağın bir bölümü, güneyinde 5360, 731 ve 680 sokaklar, batısında da Yeşillik Caddesi, Eşrefpaşa Caddesinin bir bölümü ve Altıyol sınırı vardır.

Bölgenin dış sınırlarından Eşrefpaşa, Yeşillik ve Hatay Caddeleri geçen Rakım Elkutlu Caddesi de bölgeyi ortasından bir baştan bir başa kestikten sonra sınır haline gelir. Bölge sınırları içindeki yollar tamamen asfalttır.

Bölgede 2 No.lu Ana Çocuk Sağlığı Merkezi'nin hizmet sorumluluğunda 397 sokak ve 16.043 ev bulunmaktadır. Binaların % 61 ini düzgün gecekondular ya da tek katlı evler oluşturur % 23 ü apartman, % 9'u 2-3 katlı ev, % 7'si de fiziksel koşulları düzgün olmayan gecekondudur.

Isınma genellikle soba ile yapılır. Bölgenin evlerinin büyük çoğunluğu kanalizasyona bağlıdır.

Bölgede 10 İlkokul, 2 Ortaokul ve Ana Çocuk Sağlığı Merkezi binası içinde hizmet gören kadınlara yönelik halk eğitim kursları bulunmaktadır. Bu kurslarda okuma-yazma öğretilmekte, el sanatları, ev ekonomisi ve sağlık konularında eğitim yapılmaktadır. Bölgedeki İlkokul çocuklarının okula devam oranı % 90-100 dür.

Bölge halkının yarısından fazlası işçidir. Memurlar ve esnaflar ikinci ve üçüncü sırayı oluştururlar.

2. Yiğinin Saptanması :

Araştırma yaptığımız bu bölge daha önceden Ana Çocuk Sağlığı Merkezince, hizmetin götürülüşünde kolaylık yaratmak üzere 11 kesime ayrılmış ve ebeler tarafından paylaşılmıştır. Ancak bu bölgelerin sınırları ayrı muhtarlıkların sınırlarıyla saptanmış bulunmadığından yiğinin saptanması konusunda muhtarlık kayıtlarından ya da genel nüfus sayımı sonuçlarından yararlanılamamıştır.

Bununla beraber, araştırmamızın konusunun ortaya çıkardığı özel durum nedeniyle hane numaralarının saptanması için başvurabileceğimiz Ana Çocuk Sağlığı Merkezi arşivi söz konusu diğer kaynaklardan daha işe yarar verilere sahiptir. Örneğin, anket uygulanacak ailelerin 0—6 yaş grubu çocuklarının bakım ve eğitimi söz konusu olduğuna göre bizim için esas gerekli olan yiğinin 0—6 yaş grubunda çocuğa sahip ailelerin, diğer bir deyimle hanelerin listesi olduğu ortaya çıkmaktadır. İşte, Ana Çocuk Sağlığı Merkezi arşivi bu yönden başvurulabilecek tek kaynak durumundadır. Çocuklarının doğum tarihleri her bir hane için açılmış olan fişlere işlendiğinden, fişlerin toplanmasıyla oluşan arşiv araştırmamız için sağlıklı bir yığın durumundadır. Bunun içinden seçilecek örneklemenin yığını temsil etmek olasılığı gayet açık olarak ortadadır.

Arşivden elde edilen bilgilere göre bölgenin tümünde 3389 hane halen 0—6 yaş grubu çocuklara sahip aileler tarafından meskûn bulunmaktadır. Boş evler yığın kapsamına alınmamıştır.

3. Örneklem Planı :

Örneklem planı, araştırma alanı içindeki 0—6 yaş grubundan çocuk sahibi olan her haneye belli bir seçilme şansı verecek biçimde düzenlenmiştir.

4. Örneklem Oranı :

Kullanılacak mülakatçı sayısı, zaman ayarlaması ve örneğin yığını temsil kabiliyeti göz önüne alınarak % 15 örneklem oranı seçilmiştir.

5. Örneklem Tekniği :

Örneklem tekniğimiz tesadüfî örneklem olup, bilinen bir kütleden tesadüfî örnek alınmıştır.

6. Örnek Hacmi :

Araştırma alanını oluşturan 11 bölge için örnek büyüklüğü 508 hanedir. Her bölgenin yapısal durumlarında ayrıcalıklar bulunduğundan her bölge için kendi hane sayısının % 15 örnek seçilmiştir.

7. Araştırmanın Vasıtası :

Verilerin toplanmasında; a) mülâkat, b) kayıt inceleme teknikleri kullanılmıştır. Araştırma vasıtası olarak «Mülâkat cetveli» yeğlenmiş olup hazırlanan mülâkat cetvelinin deneysel kontrolünün yapılabilmesi için; örnek hacminin % 10 u oranında bir ön deneme yapılmıştır. Bu ön deneme sonucu mülâkat cetveline bazı sorular eklenmiş, bazıları da amaca hizmet etmediği görülerek çıkartılmış, bazı sorular da daha belirgin yanıt alınabilmesi için yeniden düzenlenmiştir.

Mülâkat cetveli 2 sayfa olup 12 soruyu kapsamaktadır.

Mülâkat cetvelindeki sorular hane başkanlarının eşlerine yani 0—6 yaş grubu çocuğa sahip annelere yöneltilmiştir. Annelerin % 95.3 ü evlerinde bulunmuş, annelerin evde bulunmadığı durumlarda mülâkat cetveli, anne görevini yüklenmiş abla, hala, teyze, büyükanne gibi akrabalara uygulanmıştır.

KONUVA İLİŞKİN GENEL BİLGİLER

0 - 6 Yaş Grubu Çocuk Sayısı :

Ana Çocuk Merkezi kayıtlarından elde edilen bilgiye göre kayıtlı 3389 hanedeki 0 - 6 yaş grubu çocuk sayısı 4699 dur. Bunların 2287 si 0 - 2,5, 2412 si de 2,5 - 6 yaş grubundadır.

Bu çocuklar içinden, anne motifinden sürekli olarak yoksun olanlar ve annesi olup da çalışanlar diğerlerine göre daha büyük bir gereksinim içindedirler. Kurulacak kreş daha çok bu tip çocuklar içindir.

ANA-BABA MOTİFİNDEKİ EKSİKLİK ORANI

| | Hane Sa. | % |
|--------------------------|----------|------|
| Ana Motifindeki eksiklik | 373 | 11,0 |
| Baba Motifinde eksiklik | 108 | 3.2 |

Kadının Çalışması ve Anne Motifindeki Eksiklik :

Ana motifinin eksikliğine neden olan durumlar araştırmamızın amacıyla çok yakından ilgilidir. Çünkü, kreşin kuruluş amacı birinci planda; gündüzün annenin görmesine alışılan bakım hizmetinin eksikliğinden doğan boşluğu doldurmaktır. Anne ve baba motiflerinin eksikliğindeki ölçütler farklı olmaktadır. Şöyle ki çalışma nedeniyle gündüz süresince evden uzak kalma baba açısından toplumsal gelenek ve göreneklerimize ve ailedeki işbölümü anlayışına göre bir eksik motif olarak yorumlanamaz. Ancak geleneksel rolü evde kalıp ev işleri ve çocuklarla uğraşmak olan kadın için çalışma yaşamı aynı biçimde değerlendirilmemektedir. Annenin gün boyunca çalışma nedeniyle evden uzak kalması anne motifinde büyük bir eksiklik yaratır. Çocukları yedirmek, giydirmek,

temizlemek, aile çevresinde ve komşuluk ilişkilerinin oluşturduğu sosyal çevrede ona oyun ve eğitim olanakları yaratmak, okul ilişkilerini düzenlemek gibi işler toplum düzenimizde genellikle kadınlara bırakılmış görevlerdir. Bu işlerin, bir çocuğun sağlıklı olarak topluma kazandırılmasındaki rolü yadsınamayacağına göre annelerin bu görevlerini yerine getirememesi sonucunu doğuran her türlü neden araştırmamız açısından büyük bir önem taşımaktadır. Evet, tablo 1 de görüldüğü gibi hanelerin % 11 inde anne motifi eksikliği göze çarpmaktadır. Bunun nedenleri üzerinde duracak olursak % 77.4 ünün annenin çalışması, % 11.3 ünün annenin ölü olması, % 11.3 ünün de birtakım sosyo-ekonomik zorunluklar nedeniyle evden uzak kalma olarak ortaya çıktığını görürüz.

Araştırma bölgemizdeki hanelerde, hane başkanları eşlerinin çalışma yaşamına yönelmeleri yukardaki açıklamalardan da anlaşıldığı üzere büyük bir önem taşımaktadır. Elde edilen veriler 3382 kadından 309'unun sürekli ya da süreksiz işlerde çalışmaktan dolayı haneden ve dolayısıyla da çocuklardan uzak kaldığını göstermektedir. Diğer bir deyimle çalışan hane başkanı eşlerinin, tüm hane başkanı eşlerine oranı % 9.1 dir.

ÇALIŞAN KADIN ORANI

| Tüm Hane Başk. Eşi | Çalışan Hane Başk. Eşi | % |
|--------------------|------------------------|-----|
| 3382 | 309 | 9.1 |

Çalışan kadınların sahip oldukları işler iş süresi açısından da ayrıcalık göstermekte; onun çocuğuyla ilgilenme derecesini etkileyen bir etmen olmaktadır. Örneğin geçici, mevsimlik işlerde çalışanlar bir yıl süresince belirli aylarda çalışırlar. Tütün, üzüm, incir gibi sanayi kollarının işçi kadınları böyledir. Evlerde hizmetçilik yapan kadınların bir kısmı da ya haftada birkaç kez gündeliğe giderler ya da tesadüflere bağlı işler buldukça çalışırlar. Bu tip geçici işlerde çalışan kadınlar sürekli işlerde çalışanlara göre çocuklarıyla daha çok ilgilenme olanaklarına sahiptir. Elde edilen veriler geçici işlerde çalışan kadınların % 45,6 gibi hemen hemen yarıya yakın bir oranı oluşturduğunu göstermektedir.

ÇALIŞAN KADINLARIN İŞ SÜRELERİ

| | Sayı | % |
|-----------------------------|------|-------|
| Sürekli işlerde çalışanlar | 166 | 54.4 |
| Süreksiz işlerde çalışanlar | 139 | 45.6 |
| | 309 | 100.0 |

Halen araştırma bölgemizde çalışır durumdaki 309 hane başkanı eşinin 381 çocuğu bulunmaktadır. Anne işe gittiğinde bu çocuklar; anne fonksiyonunu yerine getiren akrabalar tarafından bakılıp gözetilmektedirler. Bu çocukların % 28.9 u ablaları, % 60.0 ı büyük anne, hala, teyze gibi diğer akrabaları, % 11.1 i de komşuları

tarafından bakılmaktadırlar. Ancak, özellikle kentleşmenin doğurduğu sosyal uyumsuzlukların yoğun olduğu, gecekondusal niteliklere büyük ölçüde sahip bu yörede annenin dışındaki akraba ve komşuların bu 0—6 yaş grubu çocuklara gösterebilecekleri ilgi ve bakımın, onlara verebilecekleri eğitimin, anneninkinin yerini tutamayacağı kuşkusuzdur. Bu durumda kurumsal bakımın gerekliliği açıkça ortaya çıkmaktadır.

KREŞE KARŞI HANE BAŞKANI EŞLERİNİN TUTUM VE EĞİLİMLERİ

Yöredeki kurumsal gündüz bakımı gereksinimini saptayan 2 No.lu Ana Çocuk Sağlığı Merkezi personeli durumu başhekimliğeiletmişler, başhekimliğin çeşitli kurumlarla yaptığı eşgüdümlü çalışmalar ve işbirliğinin sonunda söz konusu 11 bölgeye hizmet verebilecek bir kreş ve gündüz bakımevinin yapılması ve en kısa zamanda faaliyete geçmesi tasarısı gerçekleşme yoluna girmiştir. Kurulacak kurumun rantabl çalışabilmesi için hane başkanlarının eşlerinin konuyla ilgili düşünce, tutum ve eğilimlerini ölçmeğe çalıştık.

Kreşe Çocuk Verme Gereksiniminin Boyutları :

Mülakat cetveli, büyük çoğunluğu evde bulunan hanebaşkanı eşlerine uygulanmış, çalışma ve diğer nedenlerle evde bulunamayanların yerine, evde anne fonksiyonunu üzerine almış bulunan hanımlara yöneltilmiştir.

Kreş sözcüğüne yabancı olma olasılığı gözönünde bulundurularak ilkin yanıtlayan kadınlara sözcüğün anlamı konusunda kısa bir açıklama yapılmıştır. Alınan yanıtlardan 737 hanebaşkanı eşinin kreş açıldığı takdirde çocuklarını verme yanlısı oldukları ortaya çıkmaktadır. (Anne fonksiyonu gören kadınlar da hane başkanı eşi gibi kabul edilmiştir.)

Kuşkulu ve kararsız kalanlar 152 kişidir. Bunların ruh durumlarında kocalarına danışma isteğinin yansıdığını görmüş bulunuyoruz.

2500 yanıtlayıcı kreşe çocuklarını vermeği düşünmediklerini belirtmişlerdir.

KREŞE ÇOCUK VERME KONUSUNDA EĞİLİMLER

| | Anne Sayısı | % |
|------------------------|-------------|-------|
| Çocuğumu kreşe veririm | 737 | 21.7 |
| Belki veririm | 152 | 4.5 |
| Vermem | 2500 | 73.8 |
| | 3389 | 100.0 |

% 21.9 luk oranı oluşturan çocuk vermek isteyenlerin bir yorumuna girecek olursak, bu oran hiçbir zaman küçümsenmemelidir. Bir kez oranın daha yüksek olması gerekmemektedir. Bu oranın böylesine % 50 nin çok altında çıkması herşeyden önce ülkemizin sosyo-ekonomik yapısıyla çok yakından ilişkilidir. Şöyleki, kreşe çocuk verme bugünün koşullarında herşeyden önce bu konuya bilinçlenmeyi gerektiren bir durumdur. Çalışsın, çalışmasın her kadın için kreş sadece çocuğu dış etkilerden koruyan bir barınma yeri değildir. Kreşi aynı zamanda bir eğitim ve oyun yeri olarak sosyal tedavi amaçları ile birlikte yorumlamak gerekir. Halkımızın buna bilinçlenmesi ise zaman gerektirir çünkü bilinçlenme kültürel düzeyin bir fonksiyonudur. Diğer yandan, bilinçlenme olsa dahi halkı sınırlayan ekonomik olanaksızlıkları da hesaba katmak gerekir. Halkımızın ekonomik olanakları alışılmış yüksek düzeydeki ücretleri ödemeye elverişli değildir. Bu iki etmen birbirleriyle olan yakın ilişkilerin etkisi altında oluşarak araştırmamızdaki oranın % 21.7 gibi başlangıçta düşük gibi görünen bir düzeyde ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Ancak bu kadarlık bir talebi karşılamakta dahi yetersiz kalacağımızı; kurulacak kreşin ancak 100 çocuğa hizmet verebileceğini de başlangıçta bilmek yararlı olacaktır.

Kreşe Çocuk Vermek İsteyenlerin Gerekçeleri:

Annelerin % 47.1 i çocuklarını vermek istemelerine gerekçe olarak onların daha iyi eğitilmeleri ve yetişmelerini göstermişlerdir. Bu, çocuklarını vermek isteyenlerde azçok bir bilincin oluştuğunu göstermesi bakımından ilginçtir. Çalıştığı için çocuklarını kreşe vermeyi isteyen annelerin oranı % 14.0 dır. «Çalışmaya niyetliyim, onun için çocuğumu vermek isterim» diyenlerin oranı ise 21.6 dır.

KREŞE ÇOCUK VERMEK İSTEYENLERİN GEREKÇELERİ

| Çocukların daha iyi eğitilme ve yetiştirilmesi | Sayı | % |
|--|------|-------|
| Anne çalıştığı için | 347 | 47.1 |
| Anne çalışmaya niyetli olduğu için | 103 | 14.0 |
| Diğer | 159 | 21.6 |
| Yanıtsız | 35 | 4.7 |
| | 93 | 12.6 |
| | 737 | 100.0 |

Kreşe Çocuk Vermek İstemeyenlerin Gerekçeleri:

Bölgemizde çalışan kadın oranı % 9.1 dir. Bu, hane başkanı eşlerinin % 89,9 unun ev kadını olduğunu göstermektedir. Türk gelenek ve görenekleri kadını evde oturup ev işi yapan ve çocuklarıyla kocasının gereksinmelerinin büyük bir kısmını karşılamaya

çalışan bir rolde benimsemiştir. Bu geleneği bozmak zamana bağlıdır. Anne çalışmazken ve gündüzün eve bağımlıyken çocuğunun kreşte bakılması düşüncesi —rek baba gerekse anneye genellikle ters düşen bir mantıktır. H. kın karşı karşıya bulunduğu geçim sıkıntısı, kadının ev ekonomisine parasal bir katkıda bulunamamasıyla daha büyük boyutlara ulaşmakta ve kadından evde en rantabl biçimde yararlanılmasını zorunlu duruma getirmektedir. Bu koşullardaki ailelerin bütçelerinden kreş masrafı ayırmaları büyük ölçüde olanaksızdır. O halde tüm koşullar kreş seçeneğini dar gelirli için kapatmaktadır. İşte, kreşe hayır diyen % 73.8 oranındaki büyük grubun gerekçeleri bu etmenlerden kaynaklanmaktadır.

KREŞE ÇOCUK VERMEK İSTEMEYENLERİN GEREKÇELERİ

| | Sayı | % |
|------------------------------------|------|-------|
| Ev hanımıyım, kendim bakarım | 2384 | 95.4 |
| Akrabalarım bakar, kreşe gerek yok | 97 | 3.9 |
| Diğer | 19 | 0.7 |
| | 2500 | 100.0 |

Kreşe Yapılacak Başvuru Sayısı Üzerine Kestirmeler :

A. Çalışan Annelerin Çocukları :

Çalışan hane başkanı eşlerinin 0—6 yaş grubundaki çocuklarının genel toplamı 513 dür. Bunlardan 340'ının anneleri kreş önerimizi olumlu karşılamış bulunmaktadır. Bu 340 çocuktan % 62'yi oluşturan 211'i 0 - 2,5 yaş grubunda, % 38'i oluşturan 129'u ise 2,5 - 6 yaş grubundadır. Kesinlikle çocuğunu verme yanlısı olan bu 340 çocuğun, annesinin kurumumuzun birinci derecede hizmet vereceği grup olması gerekir.

Çalışan annelerden bir kısmı da çocuk verme konusunda kararsız kalmışlar ve belki diye yanıt vermişlerdir. Bu kategorideki annelerin çocukları da 76 dır. Bunların da 42'si 0 - 2,5, 34'ü 2,5 - 6 yaş gurubundadır. 76 çocukluk bu gruptan tümüyle olmasa bile bir kısım başvuruların olacağı düşünülebilir.

B. Kreşin Açılmasıyla Çalışma Yaşamına Atılma Olasılığı Bulunan Annelerin Çocukları :

Kreşin açılması kuşkusuz anneler açısından çalışma yaşamına girmeyi teşvik edici bir unsur olacaktır. Bu durumdaki 492 hane başkanı eşinin 0 - 6 yaş grubunda 631 çocuğu bulunmaktadır. Bunlardan 284'ü 0 - 2,5, 347 si de 2,5 - 6 yaş grubundadır.

C. Ev Kadınlarının Çocukları :

Yöredeki ev kadını durumundaki hane başkanı eşleri sayısı 3073 dür. Bunlardan 561'i çocuklarını kreşe vermek istemektedirler. Bu kadınların sahip oldukları 0 - 6 yaş grubu çocuk sayısı 778

dir. Çocuklardan % 48,6 yani 378'i 0 - 2,5, % 51,4'ü yani 400'ü 2,5 - 6 yaş grubundadır.

Bu hesaplamalardan sonra, en iyimser kestirmeler azamî talebin 1825'e ulaşabileceğini göstermektedir. Bunun kapasitemizle kıyaslandığında oldukça büyük bir sayı olduğu açıktır. O halde daha gerçekçi bir hesaplamaya gidelim ve kreş hizmetinden yararlanması kaçınılmaz bir gereksinme durumu gösteren çocukların sayısını çıkaralım. Bu grubu seçmede temel iki kıstas kuşkusuz 1) Annenin çalışıyor olması, 2) Çocuklarını verme konusunda tümüyle istekli ve kararlı bulunması, olabilir. Bu etmenler gözönünde bulundurularak hizmet verilecek çocuk sayısının 340 dolayında olduğunu ifade edebiliriz.

Kreşin Yeri Konusunda İstekler :

Kreşin yeri, yerleşme birimlerine sosyal kurumlara, otobüs ve diğer ulaşım araçlarına uzaklık bakımından önem taşıyan bir konudur. Bu gibi etmenler düşünülmeksizin salt elde mevcut bir arsa vardır diye kendini mevcut olanla şartlandıran bir planlama başarılı olma şansını baştan yitirebilir. Bu nedenle araştırmamız, yapılacak kreşin yeri konusunda halkın düşüncelerine ağırlık tanımıştır. Hane başkanı eşlerine yöneltilen «Kreş nerede yapılmalı?» sorusuna aldığımız yanıtlar kurumun, 2 No.lu Ana Çocuk Sağlığı Merkezine çok yakın bir çevrede ve özellikle bu kurumu çepeçevre saran parkın sınırları içinde yapılması gerektiği doğrultusundadır. Kreşe evet ve belki diyen 889 hane başkanı eşinden 651'inin yanıtlarından bu sonuca ulaşmış bulunuyoruz.

KREŞİN YERİ KONUSUNDA EĞİLİMLER

| İstenilen yer | Sayı | % |
|---------------------------|------|------|
| Ana Çocuk Sağlığı Merkezi | | |
| yakın çevresinde | 651 | 73.2 |
| Yağhaneler çevresinde | 28 | 3.1 |
| 10 ncu Bölgede | 14 | 1.6 |
| Kadifekale çevresinde | 62 | 7.0 |
| Çimentepe çevresinde | 35 | 3.9 |
| 11. Bölgede | 42 | 4.7 |
| Yanıtsız | 57 | 6.4 |
| | 889 | 99.9 |

İsteklerin % 73.2 si bu doğrultuda olduğuna göre planlanan kreşin, halkın bu konudaki düşünce ve istemine ters düşecek bir yerde yapılmamasına dikkat ve özen göstermek gerekir. Aksi halde söz konusu kreşin araştırmamızın sınırları içindeki yöreye hizmet vermesi çok zor olacaktır.

Kreşe Ödenecek Ücret :

Halkın bu konudaki eğilimleri kreşi işletecek kuruluş tarafın-

dan dikkate alınmalıdır. Yörede yaşayan halk genellikle işçidir. Kadınlar % 89.9 oranında ev kadını niteliği gösterdiğinden aile bütçesinin yükü bir maaş üzerine yıkılmıştır. % 9.1 oranındaki çalışan kadınların yarıya yakın kısmı mevsimlik işlerde çalışırlar ve iş süreleri 1 - 2 ay gibi çok kısa olabilir. Doğaldır ki bu koşullar altındaki ailelere, memur zümresine uygulanan ücret tarifelerinin uygulanması istenilen yararı sağlamayacak, birçok aile anne çalışsa bile çocuğunu kreşe veremeyecektir. Konunun önemini dikkate alarak yanıtlayıcılarımıza «Kreş için ne kadar ücret ödeyebilirsiniz? sorusunu yönelttiğimizde aldığımız yanıtlar bu yöndeki kes-tirmelerimizi doğrulamış bulunmaktadır.

KREŞE EVET VE BELKİ DİYENLERİN ÖDEYEBİLECEKLERİNİ BELİRTTİKLERİ ÜCRETLER : (Aylık)

| | | % |
|---|-----|-------|
| 50 liraya kadar ödeyebilirim | 176 | 19.8 |
| 51 — 100 lira ödeyebilirim | 289 | 32.5 |
| 101 — 150 lira ödeyebilirim | 163 | 18.3 |
| 151 — 200 lira ödeyebilirim | 127 | 14.3 |
| 201 + lira ödeyebilirim | 21 | 2.4 |
| Eşine danışmadan yanıt vere-miyeceğini belirten | 113 | 12.7 |
| | 889 | 100.0 |

Tablo da ifadesini bulduğu gibi halkın yarısından çoğu, % 52.3'ü 100 ve 100 liranın altında ücret ödeyebileceğini söylemiştir. Bu ve-riler, ücretin oldukça düşük tutulması gerektiği izlemine vermek-tedir. Halkın ödeyebileceği ortalama ücreti hesaplayacak olursak bunun 115,00 TL. olduğunu görürüz. Hizmeti işçi aileleri üzerinde odaklaşması kaçınılmaz olan bu kreşin ücret standartlarının sap-tanmasında araştırmamızın bulgularından yararlanılması gerekti-ğine inanıyoruz.

S O N U Ç

2 No.lu Ana Çocuk Sağlığı Merkezinin hizmet alanına giren ve halen ikamet edilen 3389 hanenin kreş gereksinimini saptamak üzere yaptığımız bu araştırmanın bulgularını özetlemek gerekirse :

1. Hanelerin % 11 inde anne motifi açısından eksikliğe rast-lanmıştır. Anne motifindeki eksikliğin başlıca nedeni olarak kadı-nın çalışması gösterilebilir, % 77.4. Annenin çalışması nedeniyle akraba ya da komşulara bırakılan çocuk ilgisiz ve bakımsız kala-bilir, iyi eğitim alamayabilir ve bugün özellikle gecekondusal yöre-

lerde ortaya çıkan çocuk suçluluğunun olumsuz etkileriyle karşı karşıya kalabilir.

2 Çalışan kadının geride bıraktığı bu eksikliği gidermek üzere özellikle devlet tarafından açılacak kreş ve gündüz bakımevlerine gereksinilmektedir. Çocuklar bu kurumlarda dış çevrenin olumsuz etkilerine karşı korunurlar, insani gereksinimlerini karşılarlar ve eğitilirler. Böylece topluma uyumlu, kişiliği sağlıklı bir gelişim gösteren çocuklar olurlar. Kreşlerin, çağımızın en büyük



sosyal gereksinimlerinden birisi olduğu bütün dünyaca kabul edilmiştir. Türkiyede ve ülkemizin 3. büyük kenti olan İzmir'de de durum farklı değildir. Özellikle iç göçlerin yoğun olduğu, kentleşmenin oldukça hızlı bir seyir izlediği İzmir'de kadının çalışma yaşamına atılması, aile yapısının çekirdek aileye dönüşmüş olması, geleneksel dayanışmanın çağdaş yaşamın gerekleri karşısında zayıflaması gibi nedenlerle çocukların bakım ve eğitimi bir sorun durumuna ulaşmıştır. Oysaki çalışan kadının evden kopabilmesi ve işinde verimli olabilmesi için herşeyden önce çocuğu hakkında duyabileceği tüm endişelerden sıyrılmış olması gerekir. Çalışan kadına bu kolaylığı yaratan kurum kreş ve gündüz bakımevidir.

3. 2 No.lu Ana Çocuk Sağlığı Merkezi çevresinde bir kreş ve gündüz bakımevi kurulması gereksinimi adı geçen kurumun personeline saptanmış ve ilgili kuruluşların işbirliğiyle kreş tasarısı bir temenni olmanın ötesine geçerek gerçekleştirme safhasına girmiştir. Kreşi yapacak olan özel kuruluşun, arsa tahsisinde yetkili olan İzmir Belediyesinin ve işletmesini yüklenecek olan Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının gösterdiği ahenkli ve koordine çalışma-

larla kısa zamanda sonuç alınacağına olan inanç kuvvetlenmiş bulunmaktadır.

4. Gereksinimin boyutlarını, halkın düşünce ve tutumlarını saptama amacına yönelen bu araştırma ise, kreş ve gündüz bakım-evi projesinin dayandığı en önemli bilimsel temellerden biri olacak ve planlamada ortaya çıkabilecek hataları asgariye indirmede uzmanlara ve kuruluşlara yardımcı olacaktır.

5. Bulgularımıza göre hane başkanı eşlerinin % 21.7'si bu kreşi istemektedir. Bu, halkımızın eğitim ve sorunlarına bilinçlilik düzeyi açısından oldukça yüksek bir orandır.

6. Kreşi isteme nedenleri değişiktir. Çalışan kadınlar çalışmalarını rahatça sürdürebilmeleri için, ev kadını olup çalışma yaşamına atılmak isteyen kadınlar, bu olanağı yaratabilmek için çocuklarını kreşe vermek istemektedirler. Çalışmayı düşünmeyen ev kadınlarının bir kısmı dahi salt çocuklarını daha iyi eğitmek ve yetiştirmek için kreşe olumlu tavır takınmışlardır.

7. Hane başkanı eşlerinin yanıtları gözönünde tutularak yapılacak kestirmelere göre 1825 çocuğun anneleri çocuklarını kreşe verme yanlısıdır. Ancak gerçekleştirilebilecek kreşin kapasitesinin azami 100 olabileceğini bilmek bizi istekli gruplardan gereksiniminin derecesine göre seçim yapmaya itmektedir. Böyle bir seçimi tek çıkar yolun çalışan kadınların çocuklarını almak olduğunu, olanaklarımızın ancak buna yeteceğini idrak etmiş bulunuyoruz. Bu seçimi yaptıktan sonra karşımıza çıkan gereksinme grubu 340 çocuğu kapsamaktadır ki 100 kapasiteyle 340 çocuğu hedef almak oldukça rasyonel bir planlama olur.

8. Kreşin kurulacağı yer konusundaki eğilimler onun, Ana Çocuk Sağlığı Merkezine çok yakın bir çevrede olmasını gerektirir durumdadır. Bu iki sosyal kuruluşun bir arada oluşunun halkta yarattığı güven duygusunu anlamak hiç de zor değildir.

9. Kreş işletmeye açılırken saptanacak ücret tarifesinin yöredeki dar gelirli işçi ailelerinin bütçelerince karşılanabilecek bir düzeyde tutulması kaçınılmaz bir zorunluluktur. Halka hizmet ancak tabanın gereksinmelerine yanıt verebilmekle gerçekleşebilir. Bunun için de ücret saptanmasında çok isabetli bir seçim gereklidir. Aksi takdirde yöremizdeki birinci derece gereksinme sahiplerinin yerine daha uzak çevrelerdeki hatırlı kişilerin çocuklarına hizmet vermiş oluruz. Böyle bir sonuç ise başlangıçtaki amacımız açısından tam bir fiyasko olur. İlgililerin bu endişelere kulak vererek bu projeye dikkat ve özen göstereceğini umuyoruz.

Kreş Sorunu



*İzmir Tabip Odası
Halk Sağlığı Bürosu
Ana-Çocuk Sağlığı Ekibi*

Bugün dünyada 500.000.000 dan fazla kadın üretim hayatının her alanında çalışmaktadır. Çalışan nüfusun 1/3 ünü oluşturan kadınlar kapitalist toplumun ortaya çıkışıyla fabrikalarda mal üretmeye başlamışlardır. Bunun en önemli nedenleri :

— Bilimsel ve teknik gelişmeler kol gücünün önemini ve gereğini azaltmış, hep daha fazla kâr peşinde koşan kapitalistler için çok sayıda hem sessiz, hem de ucuz kadın ve çocuk emeğini yaratmıştır.

— Hayat pahalılığı, günden güne artan fiyatlar ve geçim zorluğu emekçi ailelerini ana-baba ve çoluk çocuğuyla çalışmaya yöneltmiştir.

İşte bu nedenlerle, çağımızda kadınlar gün geçtikçe daha büyük bir hızla evlerinden çıkıp fabrikalarda bürolarda çalışır hale gelmekte, bir yandan da toplumsal bir görev olan analıkla çalışma hayatını bağdaştırmak durumuyla karşı karşıya kalmaktadırlar.

Bugün ülkemizde nüfusun 8.8 milyonunu oluşturan 13-49 yaş arasındaki kadınlarımızın 5.4 milyonu tarlada, 560.000'i büroda, 225.000'ide fabrikalarda çalışmaktadır.

Çalışan kadınlar için en önemli sorunlardan biri, belki de en önemlisi çocuğunun bakımudur. Çalışan anne sabahın erken saatlerinde işe gitmektedir. Yolda geçen zamanı da eklersek günün 10-12 saatini evinden uzakta geçirmektedir.

Bu sırada çocuğu kime bırakacaktır. En çok uygulanan metod çocuğu evde yaşlı bir kişiye bırakmaktır. Kendisi özel bir bakıma muhtaç olan örneğin; bir büyük annenin çocuğa gerekli bakımı göstermeyeceği açıktır. Diğer bir yol da çocuğu kendisinden birkaç yaş büyük kardeşine emanet etmektir. Böylece küçük çocuk bakımsız kalmakta oyun ve eğitim çağındaki büyüğü ise çarpık bir çocukluk devresi geçirmektedir.

Annesi işte iken sokağa terkedilen çocuk; çoğu kez kendinden büyüklerle arkadaşlık etmekte, yaşıyla ilgisi olmayan alışkanlıklar edinmektedir. İlk eğitimini sokakta, alan emekçi çocuğu, giderek

suça sürüklenmektedir. Ülkemizde suçlu çocukların sayısı bir hayli kabarıktır. Örneğin İstanbul'da işlenen hırsızlık suçlarının 1960 yılında % 21'inin, 1961 de % 23'ünün, aktif homoseksüalitenin % 33'ünün, yankesiciliğin % 12'sinin ve cinsiyetle ilgili suçların % 11'inin çocuklar tarafından işlendiği saptanmıştır.

Ayrıca çocuklar evde yalnızken yangın, havagazı zehirlenmesi gibi kazaların meydana gelme olasılığı da fazladır.

Çaresiz kalan bazı emekçi kadınlar, çocuklarını kendi ana babalarının bulunduğu köye yollamak zorunda kalıyorlar. Böylece anne sevgisine en çok gereksinme duyduğu devrede çocuk annesinden bütün bütüne ayrı kalıyor.

Görüldüğü gibi, çalışan kadınlar için annelik büyük bir sorun olup çıkıyor. Kadın ya çalışma hayatından, ya da annelikten vazgeçmek zorunda bırakılıyor.

Sonuç olarak bu soruna bir çözüm bulunması gerekir. Sorunun tek çözümü ise her işyerinde kreş ve emzirme odalarının açılmasıdır.

KREŞİN SAĞLIK AÇISINDAN GEREKLİLİĞİ :

Kreşin anne ve çocuğa getireceği yararlar şöyle sıralanabilir:

Bugün anne sütüyle beslenmenin en sağlıklı beslenme olduğu tıp otoriteleri tarafından kabul edilmektedir. Çünkü bebeğin organizmasını meydana getiren maddelere en yakın besinler en uygun oranlarda ve temiz olarak anne sütünde bulunur. Ayrıca yapay bir mamada bulunmayan ve çocuğa mikroplara karşı bağışıklık kazandıran bazı maddeler de anne sütünde bulunur.

Anne sütüyle beslenmenin anne sağlığı açısından önemi de çocuğunu emziremeyen annenin, bir takım meme rahatsızlık ve hastalıklarına yakalanabilmesidir.

Ülkemiz nüfusunun çoğunluğunu oluşturan emekçi aileleri, anne sütüyle beslenemeyen çocukları için karbonhidrattan başka besleyici maddeler içermeyen ucuz mamalar almak zorundadırlar. Devamlı olarak bu mamalarla beslenen çocuklar da beslenme ve gelişme bozuklukları görülür. Anne sütü normal doğmuş olan çocuğun bütün besin gereksinimlerini karşılamakla kalmaz, aynı zamanda anne ile çocuk arasında özel bağların kurulmasını da sağlar. Anne ile bebeğin arasındaki bu ilişkinin olmayışı, çocuğun ilerideki yaşam dönemlerinde ve erişkinlik döneminde bazı ruhsal bunalımların ortaya çıkmasına yol açabilir.

Görüldüğü gibi çocuğun her konuda sağlıklı yetişebilmesi için günün belirli saatlerinde ve belirli süreyle meme verilmesi gerekmektedir. O halde ilk 12 ay beslenme ve psişik gelişme yönünden anne ile çocuğun mutlaka bir arada bulunması gereken dönemdir.

İşte kreş bu sakıncaları ortadan kaldırarak anne ile çocuğu arasındaki bağların daha gerçekçi bir biçimde gelişmesini sağlayacaktır.

Çocukların bakılması ve iyi bir okul öncesi eğitimi alabilmesi için de kreş ve ana okulları gereklidir. Bu kurumlarda çocuklar uzman kişilerin (doktor, hemşire, çocuk bakıcısı ve ana okulu öğretmenlerinin) gözetimi altında bilimsel bir biçimde yetiştirilerek, toplumsal hayata hazırlanacak ve okul öncesi eğitimi görecektir. Çocuk daha bu yaştan diğer çocuklarla dostluk kurmayı, oyununu, oyuncağını, sevincini, üzüntüsünü paylaşmayı öğrenecektir. Dayanışmaya küçük yaşta alışacak, bencil olmamayı öğrenecektir. Ayrıca düzenli bir beslenmeyle, temiz havadan yararlanarak çocukların sağlıklı bir biçimde gelişmesi sağlanacak, sık sık muayene edilerek hasta olması önlenerek, ya da hastalanan olursa başlangıçta tedbir alınabilecektir.

Emekçi kadınlar ve çocukları için bu denli önemli olan kreşler konusunda acaba devlet ne yapmaktadır?

Anayasanın 35. maddesi «Aile Türk toplumunun temelidir. Devlet ve diğer kamu tüzel kişileri ailenin ananın ve çocuğun korunması için gerekli tedbirleri alır teşkilâtı kurar» demektedir.

Oysa, 6 milyondan fazla çalışan kadının 0-6 yaş arasındaki 9.3 milyon çocuğuna karşılık, devletin açmış olduğu sadece iki kreş ve yine bakanlığa bağlı 6 ana okulu bulunmaktadır. Başka ülkelerin verileriyle karşılaştıracak olursak, örneğin demokratik Alman Cumhuriyetinde 210.750 çocuğun bakıldığı 17.000 kreş, ve 660.000 çocuğun yararlanabildiği çocuk bahçeleri,

Macaristan'da 40.154 çocuğun bakıldığı 1043 kreş bulunduğunu ve 3-6 yaş arası çocukların % 59'unun ana okuluna gidebildiğini görüyoruz.

Özel Yuvalar : Resmi istatistiklere göre Türkiye'de 132 özel yuva vardır. Ancak asgarî ücretin 1800 TL. olduğu ülkemizde özel yuvaların aylığı 500-1000 TL. arasında değişmektedir. Emekçilerin çocuklarını bu kadar pahalı yuvalara bırakamayacakları açıktır. Bu nedenle ülkemizde çalışan kadın için çocuk büyük bir sorun olmaktadır. Böylece kişiliğinin gelişmesinde en önemli çağ olan 0-6 yaş arası çocuklar sokaklarda eğitimsiz, bütün kötü etkenlerle karşı karşıya kalmaktadır.

KANUNLARIN KREŞ KONUSUNDA EMEKÇİ KADINA TANI- DIĞI HAKLAR :

İş Yasası bu konuda çalışan kadınlara şöyle bir hak getiriyor:
«Bir işyerinde yaşları ve medenî hali ne olursa olsun 100'den fazla kadın işçi çalıştırıldığı takdirde, bunların arasındaki emzikli

kadınların çocuklarını emzirebilmeleri ve bu çocukların bakılabilmesi için işveren bir emzirme odası kurmak zorundadır.»

«Eğer bir işyerinde 300'den fazla kadın işçi çalışıyorsa (yaşları ve medeni halleri ne olursa olsun) işveren 0-6 yaş arasındaki çocuklar için kreş (gündüz bakım evi) kurmak zorundadır.

Kreş ve emzirme odalarının işyerine uzaklığı 250 metreyi geçmeyecektir. Eğer işyerine uzaklık 250 metreden fazla olursa, işveren taşıt sağlamakla yükümlüdür. Bu takdirde de kreşin işyerine uzaklığı en çok 1000 metre olabilir.

Emzirme odaları ve kreşlerdeki yatak sayısı kadın işçi sayısının en az % 10'u oranında olacak ve ihtiyaca göre arttırılacaktır.

Emzirme odaları ve kreşlerde meme çocuklarının anneleri tarafından emzirilebilmeleri için özel yer sağlanacaktır.

Emzirme odaları ve kreşlerde, her 10 yatak için birer hesabiyla çocuk yıkanabilecek banyo, ayrıca tuvaletler bulundurulacaktır.

Emzirme odaları ve kreşlerde çocukların bulundurulacağı odaların bol ışıklı olması sağlanacak, odalar her çocuğa en az 3 m² alan ve 8 m³ hava düşecek şekilde düzenlenecektir.

Kreşlerde çocukların oynayabilmeleri, temiz hava ve güneşten yararlanabilmeleri için yeteri büyüklükte bir bahçe bulunacak bu bahçede çocukların oyunları için gerekli araçlar sağlanacaktır.

Her 10 çocuk için, bir kadın çocuk bakıcısı, bir temizlikçi kadın hademe bulundurulacaktır.

Çocuk bakıcılarının en az birinin hemşire olması şarttır.

Emzirme odaları ve kreşler işyerinde görevli doktorun gözetimi altında olmalıdır. Çocuklar en az gün aşırı, bir doktor tarafından kontrol edilirler.

Kreşlerde çocuklara kahvaltı ile yemekleri veya mamaları verilir. Yemek listeleri ve mamaların düzenlenmesi doktor kontrolü altında yapılır. Yemeklerden başka çocuklara günde 250 gr. süt verilir.

Kreşlerde çocukların bakım ve korunması dışında, onlara yararlı oyunlar şarkılar öğretilir. Öğretici oyunlardan yararlandırılmak suretiyle ruhsal ve fikri gelişmeleri de sağlanır.

Emzirme odaları ve kreşlerin tüm giderleri işveren tarafından karşılanır.»

Görüldüğü gibi tüzük oldukça geniştir. Yalnız kreş açılabilmesi için kadın işçi sayısının sınırlamaya tabii tutulması, işverenlerin yararına olmaktadır. İşveren 300 yerine 299 kadın işçi çalıştırarak kreş kurma zorunluluğundan kurtulmaktadır. Ayrıca tüzüğün gereklerini yerine getirmeyen işveren sadece 1500 TL. gibi komik bir para ödemekle, işin içinden sıyrılmaktadır. İşverenin uyguladığı diğer bir yöntem de çocuklu ya da çocuk bekleyen kadınları işe almamak ve hatta işe girerken kadınlara gebelik muayenesi yaptırmaktır.

Kaldı ki, özel sektörün dışında kamu sektöründe de bu tüzük gereğince uygulanmamaktadır.



SONUÇ :

İşyerlerinde kreş ve emzirme odalarının açılmasını öngören yasa ve tüzük hükümleri günün şartlarına uygun bir biçimde değiştirilerek uygulanır kılınmalıdır.

Çünkü artık emekçiler bu konuda bir tüzüğün var olduğunu, ondan öte kreş ve emzirme odalarının açılmasının kendisi, çocuğu ve toplumumuz için dirimsel oranda önemli olduğunu bilmektedirler.

Sorun, yalnız emekçi kadının sorunu değildir. Öte yandan kendilerine devlet memuru denilen onbinlerce kadın bulunmaktadır. Bugün emekçi kadın için bu sorun, tüzük hükümlerini kâğıt üzerinden hayata -eksiklikleri giderilerek- geçirilmesinin sağlanması olarak gözükürken, «sen devlet memurusun» denilen kadınların ise bu konuda kâğıt üzerinde dahi güvenceleri bulunmamaktadır. Oya devlet memuru statüsünde bulunan kadınların kreş ve emzirme odalarına olan gereksinimleri hiç farklı değildir.

Sorun tüm çalışan kadınların sorunudur. Son toplamda toplumsal bir sorundur. Memur statüsünde çalışan kadınlarımız sorunun çözümünü, tüm çalışanların sendika kurma ve grev yapma hakkını almalarıyla, elde edebileceklerdir.

ÖNERİLER :

— Kadın işçi çalıştıran her işyerinde o işyerinde çalışan tüm işçilerin 0-7 yaşları arasındaki çocuklarının bakımı için çocuk yurtları (kreş ve ana okulları) kurulması, ya da uygun bir kreş ve ana okulu ile anlaşma yapılması gereklidir.

— Ayrıca devlet eliyle ihtiyacı karşılayacak sayıda ucuz kreş ve ana okulu açılmalıdır.

— Kreş ve ana okullarının denetiminde işçilerce seçilecek kadın işçi temsilcilerinin bulunması sağlanmalıdır.

— Bu kreş ve ana okullarında revirler bulunmalı ve çocuk revirde tedavi edilmeyecek bir hastalığa yakalanıp, aileye teslim edildiğinde anneye ya da babaya ücretli izin verilmelidir.

— Çalışan kadınların sosyal etkinliklere katılabilmelerini sağlamak üzere gece seminerlerine konferanslara sendikal çalışmalara, kültürel faaliyetlere vb. katılan kadınların çocuklarına bu kreş ve ana okullarında gece de bakılma olanağı yaratılmalıdır.

— Gebe ve emzikli kadınların gerekli biçimde beslenmesi için işyerinde verilecek yemeğe ek olarak süt verilmelidir.

— Yukarıda belirtilen haklar devlet memuru kadınlara da tanınmalıdır.

Öncelikle yasaların tanıdığı hakların hayata uygulanmasını sağlamak ve bu hakların daha da geliştirilmesini talep etmek ancak örgütlü mücadeleyle mümkün olacaktır.

Kentleşme, Konut ve Sağlık Üzerine

Bilgen Bukuralı

Dr. İhsan Başkaya

GİRİŞ :

Çağdaş anlamda kentleşme, sanayi devrimiyle ortaya çıkan çok yönlü sosyal bir olgudur. Bir taraftan feodal üretim biçiminin dağılmaya başlamasıyla, kır kesiminde ortaya çıkan insan emeği kentlere doğru itilirken, bu nüfus fazlası sanayileşme için «olumlu» bir ortam yaratmıştır. Diğer yandan bir sonraki aşamada da sanayi devrimi kır nüfusunu çeken bir faktör olmuştur. Böylece giderek önemini artıran büyük kentlerin ortaya çıkması emekçi sınıfların yaşam koşullarını çeşitli açılardan olumsuz yönde etkilemiştir. Fakat, F. Engels'in de dediği gibi sorunun kamuoyuna mal edilebilmesi için işin ucunun küçük burjuvaziye dokunması gerekmiştir. Bu konuda konut sorunu adlı eserinde Engels şöyle yazıyor :

«Konut darlığı üstüne çok konuşuluyor. Çünkü darlık işçi sınıfını aşır küçük burjuvaziyi de etkilemeye başlamıştır.» (1).

Gerçekten de, bugün Türkiye'de varılan yer aşağı yukarı budur. Küçük burjuvazi konut sorunundan önemli ölçüde etkilenir olmaya başlamıştır. Bu durum da kapitalist gelişmenin, küçük burjuvazinin yaşam koşullarını olumsuz yönde etkilemesiyle ilgilidir. Gelişmiş kapitalist ülkelerdeki kentleşme süreci, proleteryanın ve genel olarak emekçi sınıfların yaşam koşulları üzerinde olumsuz etkiler yapmakla birlikte, geri kalmış denilen ülkelerde bugün görülen durumdan oldukça değişiktir.

Geri kalmış ülkeler üzerindeki emperyalist sömürü ve şartlandırma, bu ülkelerdeki kentleşmeyi, değişik bir görünüme sokmuştur. Yeterli bir sanayileşme olmadığı için, kırlardan itilen nüfus, metropol kentlerde büyük gecekondu kuşaklarının ortaya çıkması sonucunu doğurmuştur. Diğer taraftan konutun kâr amacıyla üretiliyor oluşu ve tutarlı bir konut-kentleşme ve sağlık politikasının olmayışı (nitekim sağlık sorunu da son analizde kâr elde etme esası üzerine oturtulmuştur) ve arsa spekülasyonunun son derece kârlı bir vurgun alanı oluşu, bu sorunu giderek bugünkü duruma getirmiştir.

Kapitalist toplumda herşey «kârlılık» açısından ele alınır ve egemen sınıflara zarar vermediği sürece de ilgi görmez. Bugün Türkiye'de sağlık sorunu da, çözümü sağlık için son derece önem-

li olan konut ve kentleşme sorunu da, kapitalist kârlılığın ve vurgun düzeninin kendi yasalarına terk edilmiş durumdadır.

İşte bu yazıda genel olarak kentleşmenin ve özel olarak da ülkede üretilmekte olan konutların insan sağlığı açısından doğurduğu sonuçlar genel çizgilerle ele alınmaya çalışılacaktır.

Türkiye'deki duruma geçmeden önce kısaca, farklı gelişim düzeylerindeki ve değişik sosyal sistemlerde, konuya nasıl yaklaşıldığına değinmek yararlı olacaktır.

KENTLEŞME NEDİR?

Kentler, parçası oldukları ülkenin sosyo-ekonomik yapısını yansıtırlar ve bağlı oldukları sistemden soyutlanamazlar.

Bir düşünceye göre kentleşme, kabaca, kent sayısının ve kentsel nüfusun artması olarak ortaya konmaktadır. Bu durum az gelişmiş ve gelişmiş kapitalist ülkelerde farklılıklar gösterir. Birincilerde kentleşme tamamiyle demografik niteliktedir. Bunun anlamı şudur : Kırdan kusulan nüfus kitlesini kentlerde emecek sanayilerin olmayışı ve kurulan ve çok uluslu tekellerin uzantısı durumundaki sanayi ünitelerinin ise, yapıları gereği çok az sayıda emek gücüne gereksinme duymaları sonucu, ülke nüfusunun bir bölümünün kırla kent arası bir yerde toplanması, «marjinalleşmesidir.» Bu kesim önemli ölçüde konut gereksinmesi ortaya çıkarırken kapitalist sistemin doğal bir sonucu olarak gelir bölüşümündeki dengesizlik ve elde edilen gelirin çok düşük oluşu... vb. nedenlerle konut sorunu ve kentleşme karmaşık bir duruma girmektedir.

Buna karşın gelişmiş kapitalist ülkelerde durum biraz daha farklıdır. Bu ülkelerin bazı kentleri modern sanayi kenti görünümündedir. Gelişmiş kapitalist ülkelerde kalkınmanın bir göstergesi olarak gösterilmek istenen kentleşmede, yalnız «teknolojik» gelişme ölçütü olarak alınmaktadır. Oysa buradaki kentleşmede genellikle plansız ve düzensizdir. Ülkenin bazı kentleri teknolojik gelişme ile birlikte büyür, gelişir ve sanayi kenti görünümünü alırken diğerleri aynı oranda gelişmez.

Bir yandan, ülkenin gelir düzeyinin yüksek oluşu konuta ve kentleşmeye az gelişmiş ülkelere göre daha farklı yön verirken, öte yandan gelir bölüşümü dengesizliği sonucu gerek modern sanayi görünümündeki kentlerde gerekse diğerlerinde gözlenen sınıfsal farklılaşma, sistemi açıkça vurgular. Gerek bölgeler - kentler arası, gerekse kentlerin yapısındaki bu farklılaşma, kapitalist sistemin doğal sonucu olarak kabul edilmelidir. Gelişmiş kapitalist ülkelerin kentleşmede, teknolojik gelişmeyi kalkınmanın ölçülerinden biri olarak göstermeleri bir bilinç saptırmasından başka bir şey değildir.

Kent planlamasında önemli unsur olan arsa, kapitalist sistemde özel mülkiyettir. Arsa spekülasyonu, özellikle geri kalmış kapitalist ülkelerde varlıklı sınıfların para yatırdıkları önemli alanlardan biridir. Var oluş nedeni ise, kapitalist üretim ilişkileri özel mülkiyet ortamıdır. Arazinin özel mülkiyeti, bir yandan insanların konut gereksinmesi aracılığı ile ülkede yaratılan artı değer, belirli mekanizmalarla, belli kişilerin elinde toplanmasını sağlar. Öte yandan, pazar ekonomisi koşullarında yoksul kesimin aşırı sömürülmesini sağlar ve sağlıklı bir kentleşmenin de oluşumunu hızlandırır. Kentleşme uzun bir süreçtir. Bu uzun süreç sonucu oluşan kapitalist kentlerin sosyalist kente dönüşmeleri de yine uzun bir süreçten geçmeleri ile olanaklıdır. Çünkü kapitalizmin burada bıraktığı «miras» birkaç kez söylediğimiz gibi arazinin özel mülkiyetidir.

«Öte yandan; Marksist yazarlar, şehirleri toplumların kaçınılmaz olarak geçmeleri gereken dört aşamada yer alıp almadıklarına göre adlandırırlar. Bunlar sırasıyla A) Köleci Şehir, B) Feodal Şehir, C) Kapitalist Şehir ve D) Sosyalist Şehirdir. Görüldüğü gibi, burada şehir tiplerini birbirinden ayırmada kullanılan ölçü, teknolojik gelişme düzeyi değil, iktisadî örgüt, üretim biçimi ve üretim ilişkileridir.» (2)

Üretim biçimi ve üretim ilişkilerinin değişmesi, kentleşmenin açıklanması açısından da odak noktasıdır. Sosyalist sistemde, kentleşmede amaç kapitalist mirasın tamamen yok edilerek arazinin kamu yararına kullanılmasıdır. Arazinin kamu yararına kullanılması, kent planlaması ve kente yeni bir görünüm verilebilmesini sağlayan, önemli bir faktördür. Arazinin toplum yararına kullanılması ilkesinin benimsenmesinden sonra, sosyalist planlamada; kent büyüklüklerinin saptanması, konut standardizasyonu ve toplu konut üretimini gerçekleştirme, komşuluk birimi kavramı, plancılarının, kentlerde bir örneklik sağlanması için kullandıkları araçlardır. (3)

Açıklamaya çalıştığımız gibi, kentleşmenin göstergesi ve yalnız demokratik ne de teknolojik gelişme düzeyidir. Son analizde kentler, ekonomik-sosyal sistem bütünlüğünün oluşturduğu yerleşme birimleridir.

Kentleşmeye, farklı ekonomik sistemler açısından kısaca değindikten sonra Türkiye'deki kentleşme, konut ve sağlık durumlarına kısaca göz atmak yararlı olacaktır. Ancak bu yazının çerçevesinde ne kentleşme, ne konut, ne de sağlığın tüm boyutlarıyla ele alınması olanağı yoktur. Eldeki olanaklar ölçüsünde konut-sağlık ilişkisi açıklanmaya çalışılacaktır.

TÜRKİYE'DE KENTLEŞME, KONUT VE SAĞLIK AÇISINDAN DURUM :

Türkiye'de bir konut politikası ve konut sorunundan özellikle 1950'lerde başlayan yoğun kentleşme hareketi ile söz edilmeye başlanmıştır. Konut sorunu da diğer sorunlar gibi, Türkiye'nin emperyalist dünya ekonomi sistemiyle bütünleşme sürecine girmesiyle başlamış ve giderek hızını artırmıştır. Bu gelişme, ülkenin içinde yer aldığı sistem gözönüne alındığında çok doğal karşılanmalıdır. 1950'lerde A.B.D. ve diğer emperyalist ülkelerin dümen suyunu giren Türkiye; ekonomisinden dış politikasına, savunmasına kadar emperyalizmin çıkarlarına hizmet etmeye başlamıştır.

Emperyalistlerin yeni sömürgecilik metodlarından biri olan «yardım» mekanizması, Türkiye'ye ilk olarak Marshall «Yardımları» olarak girdi. Türkiye tarımında 1948 yılına kadar 2000 dolaylarında olan Traktör sayısı, Marshall Planının uygulanmasıyla 1950 yılında 24.000'e, 1960'da 42.136'ya, 1970'te de 105.865'e yükseldi (4)

Bu yardımın Türk tarımında doğurduğu sonuçlar, son derece önemli olmuştur. Bu makinalaşma ile tarımda kapitalistleşme hız kazanmış ve tarım kesimi kapitalizm tarafından daha fazla egemenlik altına alınmıştır. Tarımda kapitalistleşme sonucu kırsal alanda açığa çıkan işgücü, kentlere doğru itilmeye başlamıştır. Özellikle büyük kentlere itilen bu kitleyi, kentlerde daha iyi yaşam koşulları beklemiyordu. Kentlerde bu işgücünü emecek sanayiler yoktu.

Böylece kır'ın kentlere ittiği bu yeni kentliler, sosyal üretkenliği düşük ve gelir getirmeyen şerbetçilik, işportacılık, simitçilik vb. işlerle geçimlerini sağlamak durumunda bırakılmışlardır. Burjuva toplumunca, kendilerine insan onuruna uygun çalışma olanakları sağlanmayan ve hiçbir gereksinmelerine cevap verilmeyen ve de kentli olarak kabul edilmeyen bu göçmenler, konut gereksinmelerini de bizzat çözmeye yönelmişlerdir. İşte büyük kentlerin çevrelerindeki gecekondu kuşakları böylece oluşturulmuştur. Ancak konut sorunu sadece gecekondu sorunu olmadığı gibi, sorunun çözümü herkese bir barınak sağlamakda değildir. Konut sorununun çözümünün herkese bir barınak sağlamak biçiminde düşünülmesi ve toplumun mülk edinme içgüdülerinin kamçılanması, burjuva hükümetlerince yapılan bir bilinç saptırmasından başka bir şey değildir.

Sorunu, altında yatan düşük gelir, yetersiz eğitim, dengesiz gelir bölüşümü, sağlık... vb. den ayrı düşünmek olanağı yoktur.

Son analizde konut sorunu, ülkenin sosyal-ekonomik yapısının doğal bir sonucudur ve sistem tarafından üretilmektedir.

Bu genel açıklamalardan sonra burjuvazinin birbirini tutmayan sayılarından hareketle, konut alanında bir çeşit durum saptanmasına çalışılacaktır.

Türkiye'de bugüne kadar bir konut sayımı yapılmamıştır. Bu nedenle kesin konut sayısını bilmek olanaksızdır. Konut stoku, Devlet İstatistik Enstitüsünce sayımlar sonucu ortaya çıkan hane halkı sayısı olarak kabul edilmektedir. Bu varsayım ile bulunan konut stoku, nitelikleri kesinlikle bilinmeyen ruhsatlı konutlar, gecekondular, çadırlar ve diğer barınaklardan oluşmaktadır. D.İ.E. nün bu varsayımı ile bulunan kent, kır, ve tüm konut stoku aşağıdaki tabloda izlenecektir.

TABLO — I

Türkiye'de Toplam, Kent ve Kır Konut Stoku (000)

| Yıllar | Toplam konut sayısı | Kent konut sayısı | Kır konut sayısı |
|--------|---------------------|-------------------|------------------|
| 1965 | 5.536 | 2.044 | 3.492 |
| 1966 | 5.726 | 2.138 | 3.588 |
| 1967 | 5.932 | 2.245 | 3.687 |
| 1968 | 6.148 | 2.360 | 3.788 |
| 1969 | 6.412 | 2.520 | 3.892 |
| 1970 | 6.700 | 2.701 | 3.999 |
| 1971 | 7.025 | 2.916 | 4.109 |
| 1972 | 7.342 | 3.119 | 4.223 |

Kaynak : D.İ.E. Türkiye Milli Geliri, 1948-1972, sf. 55-56.

Yukarıda genel sayılarla belirtilen konut stokunun nitel durumlarını tam olarak bilmek olanağı yoktur. Ancak bunların içinde ne oranda gecekondular bulunduğu ve konutların sağlık koşullarına ne ölçüde cevap verebildiği sayılarla gösterilmeye çalışılacaktır.

1955 yılında toplam kent konutları içinde % 3,5 oranında olan gecekondular giderek artmış ve bu oran 1972 yılında % 22,4'e ulaşmıştır. (5) Giderek sayıları artan gecekondular üç büyük kentimizde yoğunlaşmıştır. Tablo 2 bu durumu açıkça yansıtmaktadır.

TABLO — 2

Üç Büyük Kentte Gecekondular Sayıları (1970)

| Şehirler | Gecekondular sayısı | Toplam gecekondular sayısı içindeki Payı (%) |
|----------|---------------------|--|
| İstanbul | 195.00 | 32.5 |
| Ankara | 150.000 | 25.0 |
| İzmir | 60.000 | 10.0 |
| Toplam | 405.000 | 67.5 |

Kaynak : D.P.T. 3. Beş Yıllık Kalkınma Planı, sf. 851 (İmar ve İskân Bakanlığı)

1970 yılında toplam gecekondü sayılarının % 67,5'unun üç büyük kentimizde toplanması yukarıdaki açıklamalarımızı kanıtlar niteliktedir.

Konut stoku ve gecekondü sayılarına kısaca değindikten sonra, stoku oluşturan konutların sağlıklı bir yaşama ne oranda olanak verdiklerini incelemek yararlı görülmektedir. Konutların sağlık koşulları incelenirken kullanılan ölçütler, burjuvazinin bu konuya ne kadar yüzeysel yaklaştığını da yansıtan somut bir göstergedir.

TABLO — 3

Hane Halkı Kolaylıkları Olan Konutların Toplam İçindeki Payları

| | | 500 Binden çok nüfuslu Şehirler % | 100-500 Bir Nüfuslu Şehirler % | 10-100 Bin Nüfuslu Şehirler % | Kasaba % | Köy % | Toplam % |
|-------------|---------|---|--------------------------------------|-------------------------------------|----------|-------|----------|
| MUTFAĞI | olan | 84,7 | 59,9 | 60,2 | 46,4 | 18,1 | 38,9 |
| | olmayan | 15,3 | 41,1 | 39,8 | 53,8 | 81,9 | 61,1 |
| BANYOSU | olan | 64,6 | 31,4 | 37,3 | 20,1 | 3,8 | 20,0 |
| | olmayan | 35,4 | 68,6 | 62,7 | 79,9 | 96,2 | 80,0 |
| GUSULHANESİ | olan | 11,5 | 25,5 | 32,2 | 49,4 | 53,7 | 42,7 |
| | olmayan | 88,5 | 74,5 | 67,8 | 50,6 | 46,3 | 57,3 |
| EVİN İÇİNDE | olan | 78,7 | 53,9 | 43,7 | 41,0 | 24,1 | 38,6 |
| HELASI | olmayan | 21,3 | 47,1 | 56,3 | 59,0 | 75,9 | 61,4 |
| MUSLUK SUYU | olan | 83,0 | 62,8 | 59,4 | 39,4 | 11,5 | 28,9 |
| | olmayan | 17,0 | 37,2 | 40,6 | 60,6 | 88,5 | 71,1 |
| ELEKTRİĞİ | olan | 94,1 | 88,0 | 83,7 | 52,4 | 1,3 | 36,6 |
| | olmayan | 5,9 | 22,0 | 16,3 | 47,6 | 98,7 | 63,4 |
| HAVAGAZI VE | olan | 85,9 | 62,8 | 63,8 | 43,8 | 6,7 | 33,1 |
| LİKİT GAZI | olmayan | 14,1 | 37,2 | 36,2 | 56,2 | 93,3 | 66,9 |

Kaynak : D.P.T./3. 5 YKP, sf. 830 (DPT, Konut Özel İhtisas Komisyonu Raporu.)

Standartları ve nitelikleri tam olarak bilinmeyen konutların, yaşam için en ilkel ve zorunlu koşulları, ne oranda taşıyıp taşımadıkları şöylece özetlenebilir. Tabloda görüldüğü gibi, kırdaki konutların % 82'sinde mutfak bulunmamaktadır. Bu durum, kasabalardan başlayarak büyük kentlere doğru hafifleyerek gelişmektedir. Nüfusu 500.000'i aşan kentlerimizdeki konutların % 15'inden çoğunda mutfak yoktur. Sağlık için zorunlu olan banyo, büyük kentlerimizdeki konutların % 35'inden fazlasında bulunmamaktadır. Köylerimizde ise, hemen hemen yok denebilir. Türkiye için başlıbaşına bir konu ve sağlık açısından çok önemli olan, helâ sorununda da durum daha değişik değildir.

Bu verilere göre halkımızın yaklaşık dörtte üçünden çoğu, çağdaş uygarlık için en doğal ve zorunlu gereksinimlerden uzak olarak ilkel barınaklarda yaşamlarını sürdürmek zorunda bırakılmışlardır.

Konutların sağlık koşulları, içerdikleri kolaylıklar bakımından olduğu kadar barındırdıkları insanlara sağladıkları alan bakımından da önemli bir durumu yansıtır.

Birleşmiş Milletlerce, Avrupa ülkeleri için kabul edilen standart oda başına 1-1,5 kişidir. Gerçekte barınma sıklığının (oda başına düşen nüfus) pek çok Avrupa ülkesinde bu sayının altında olduğu saptanmıştır. 1966 yılında İngiltere'de oda başına düşen nüfus 0,6, Fransa'da 1968'de 0,9, 1960 yılında Batı Almanya'da 0,9, 1961 yılında İtalya'da 1,1 ve Bulgaristan'da 1965 yılında 1,2'dir. Bu sayının, Türkiye'de resmi standartlardan yaklaşık bir misli fazla olması, konut niteliklerinin olumsuzluğunu yansıtan bir göstergedir. (6)

TABLO — 4

Türkiye'de 1955, 1960 ve 1965 Sayım Yıllarında Şehir ve Köy Nüfusları ile Oda ve Hane Başına Düşen Nüfus

| Yıllar | Şehir nüfusu (İl ve İlçe Mr) | Köy nüfusu | Toplam nüfus | Şehir hane sayısı |
|--------|---------------------------------|------------|--------------|----------------------|
| 1955 | 6.927.343 | 17.137.420 | 24.064.763 | 1.360.503 |
| 1960 | 8.859.731 | 18.895.089 | 27.754.820 | 1.748.624 |
| 1965 | 10.805.817 | 20.585.604 | 31.391.421 | 2.044.389 |

| Köy hane sayısı | Toplam hane sayısı | Şehirlerde hane başına düşen nüfus | Köylerde hane başına düşen nüfus | Türkiyede hane başına düşen nüfus | Türkiyede oda başına düşen nüfus * |
|--------------------|-----------------------|--|--|---|--|
| 2.876.673 | 4.237.176 | 5.09 | 5.96 | 5.68 | 2.55 |
| 3.136.701 | 4.885.325 | 5.07 | 6.02 | 5.68 | 2.40 |
| 3.491.727 | 5.536.116 | 5.29 | 5.90 | 5.67 | 2.46 |

(*) Toplam Türkiye Oda sayısı 1955'te 9.451.110, 1960'ta 11.549.055, 1965'te 12.783.496'dır.

Kaynak : İmar ve İskân Bakanlığı Mesken G
Müd. İstatistik verilere göre Türkiye'de konut
Nitelikleri/Ankara 1974.

Tabloda izlendiği gibi, 1955 yılında oda başına düşen nüfus 2.55 iken, 1965'de 2.46'ya düşmüştür. Aynı yıllarda köylerde hane

başına düşen nüfusun 0.06 oranında azalmasına karşılık, kentlerde 0.20'lik bir artış gözlenmektedir.

Öte yandan, barınma sıklığı 1, 2, 3 odalı konutlarda, çok odalı konutlara oranla çok yüksektir. 1960 yılında 1, 2, 3 odalı konutlarda oturanlar toplam nüfusun % 78.78'ini, 1965 sayımı yılında ise % 78.93'ünü oluşturmaktadır. Aşağıdaki tablo bu konuda açık bir fikir vermektedir.

TABLO — 5
Türkiye'de 1955, 1960 ve 1965 Sayım Yıllarında İşgal Ettikleri Oda Sayılarına Göre Toplam Nüfus

| Yıllar | 1 Oda | 2 Oda | 3 Oda | 4 Oda | 5 Oda | 6 Oda | 7 Oda | 8 Oda | Bilinmeyen | Toplam |
|--------|-----------|------------|-----------|-----------|---------|---------|---------|---------|------------|------------|
| 1955 | 5.171.793 | 8.564.056 | 4.335.689 | 2.514.651 | 758.212 | | | | | |
| | % 23.02 | % 38.12 | % 19.30 | % 11.19 | % 3.37 | | | | | |
| 1960 | 5.355.219 | 9.911.697 | 5.729.739 | 3.375.982 | 926.318 | | | | | |
| | % 20.09 | % 37.19 | % 21.50 | % 12.67 | % 3.48 | | | | | |
| 1965 | 5.790.907 | 11.520.867 | 6.749.091 | 3.821.009 | 997.391 | | | | | |
| | % 18.99 | % 37.80 | % 22.14 | % 12.54 | % 3.21 | | | | | |
| | | | | | | 425.269 | 141.336 | 218.564 | 336.697 | 22.466.397 |
| | | | | | | % 1.89 | % 0.63 | % 0.97 | % 1.5 | |
| | | | | | | 515.638 | 149.572 | 255.179 | 430.836 | 26.650.180 |
| | | | | | | % 1.93 | % 0.56 | % 0.96 | % 1.62 | |
| | | | | | | 516.863 | 137.898 | 223.924 | 774.256 | 30.482.106 |
| | | | | | | % 1.70 | % 0.45 | % 0.73 | % 2.44 | |

Kaynak : İmar ve İskan Bak. Mesken Gen. Müd. İstatistiksel Vergilere göre Türkiye'de Konut nitelikleri. Ankara 1974

1955 yılında 24.776, 1960 yılında 9.770 ve 1965 yılında ise 119 hane, hane büyüklükleri bilinmediği için nüfus bulma işlemi sırasında hesaba katılmamıştır. Ayrıca 1965 yılında çadır, mağara vs. de oturan 9.934 hane 1 odada oturuyor olarak kabul edilmiştir.

Bu sayılar göstermektedir ki, toplam nüfusun 1/4'ünden daha az bir kesimi Birleşmiş Milletlerce kabul edilen standartların çok üstünde, kendileri için yapılmış lüks konutlarda yaşamaktadırlar. Bu dengesiz yerleşme durumu ise, gelir bölüşümü dengesizliğini bir kez daha kanıtlamaktadır.

Barınma sıklığına kısaca değindikten sonra, sağlıkla ilişkisi açısından konut alanları konusunda da bir fikir vermek faydalı olacaktır.

Türkiye'de üretilen konutlardan yalnız ruhsatlı olanların alanlarının gelişmesini izlemek olanaklıdır. 1965 yılı başlangıç alındığında bu konutların alanlarında 1970 yılına kadar bir değişiklik görülmemektedir. Aşağıdaki tabloda görüleceği gibi bu yıllar ara-

sı ortalama olarak konut alanları 99.3-98.5 m² arasında değişmiştir. 1971-1972 yıllarında ise geçen yıllara göre bir düşüş izlenmektedir. Bunun nedeni hükümetlerce alınan bazı tedbirlerdir.

1973 yılında konut alanlarının yeniden 1965-1970 yılları arasındaki sınıra varması, hatta bazı yıllara göre bu sınırı geçmesi, bu politikaların etkisinin geçici olduğunu açıkça göstermektedir.

TABLO — 6

Ünite Yüzölçümü, Ünite Değeri m² Değeri, İtibariyle Türkiye'de Yeni ve İlâve Konut İnşaatı Zincirleme İndeksi (1965-1973)

| T O P L A M | | | E V | | | A P A R T M A N | | |
|-------------|-----------------------------------|------------------|---------------------------|-----------------------------------|------------------|-----------------------------------|------------------|---------------------------|
| Yıllar | Ünite Yüzölçümü (m ²) | Ünite Değeri TL. | m ² Değeri TL. | Ünite Yüzölçümü (m ²) | Ünite Değeri TL. | Ünite Yüzölçümü (m ²) | Ünite Değeri TL. | m ² Değeri TL. |
| 1965 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | — | — | — | — | 100.0 |
| 1966 | 99.4 | 105.0 | 105.6 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 102.3 |
| 1967 | 98.0 | 107.2 | 109.3 | 98.3 | 108.6 | 97.0 | 104.8 | 108.4 |
| 1968 | 98.7 | 104.9 | 106.2 | 97.8 | 101.9 | 98.7 | 104.8 | 106.2 |
| 1969 | 102.2 | 117.7 | 115.1 | 100.9 | 109.7 | 100.3 | 113.9 | 113.4 |
| 1970 | 100.6 | 106.7 | 106.0 | 100.7 | 106.7 | 98.5 | 101.6 | 103.3 |
| 1971 | 95.1 | 103.3 | 103.6 | 99.7 | 107.3 | 94.0 | 108.0 | 111.6 |
| 1972 | 102.3 | 108.1 | 105.6 | 104.3 | 115.3 | 100.7 | 103.5 | 102.9 |
| 1973 | 103.2 | 114.8 | 111.2 | 103.2 | 119.3 | 102.7 | 111.5 | 108.4 |

Kaynak : İmar ve İskân Bak./Mesken Genel Müd./Türkiye'de Konuta İlişkin İstatistik veriler/Ankara 1974.

Öte yandan, yapımı hızla sürdüğü açıklanan gecekonduların yüzölçümlemlerini saptamaya olanak bulunamamıştır. Bununla bera-

ber, bu alanın 40 m² yi kesinlikle geçmediği ileri sürülebilir. Buna göre, gecekonduyla ruhsatlı konutlar arasındaki yüzölçüm farkı yaklaşık % 250 olmaktadır.

Oysa farklı ekonomik sistemlerde ve Avrupa'nın en ileri sanayileşmiş ülkelerinde bile konut alanları Türkiye'de üretilen ruhsatlı konut alanlarının çok altında bulunmaktadır. Bu durum tablo 7'de izlenebilir.

TABLO — 7
Değişik Ülkelerde Kişi Sayısına Göre Düşen Konut Alanları
(1960-1965 Standartlarına Göre)

| Ülkeler | Faydalı ya da yaşanılan konut alanları (m ²) | | | | | | | | (*) Alanın Niteliği |
|--------------|--|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------------------------|
| | 1 Kişi | 2 Kişi | 3 Kişi | 4 Kişi | 5 Kişi | 6 Kişi | 7 Kişi | 8 Kişi | |
| Belçika | 25 | 35 | 47 | 60 | 67 | 73 | 80 | 85 | Faydalı |
| Çekoslovakya | 26 | 41 | 55 | 67-71 | 77-83 | 87-100 | 100-117 | 107-125 | Faydalı |
| Finlandiya | 22-30 | 45-60 | 60-75 | 75-90 | 90-99 | — | — | — | Faydalı |
| | | 34-38a | | | | | | | |
| Macaristan | 26-300 | 41-47 | 50-56 | 58-66 | 66-74 | — | — | — | Yaşanılan |
| Norveç | 32-42 | 54 | 66 | 72-78 | 84-91 | 93 | — | — | Faydalı |
| Polonya | 17-20 | 24-30 | 33-38 | 42-48 | 57-61 | 59-63 | 67-71 | — | Yaşanılan |
| Romanya | 18 | 18-30 | 30 | 40 | 40 | 50 | — | — | Yaşanılan |
| İngiltere | 30 | 40 | 57 | 67-74 | 75-94 | 84-98 | — | — | Faydalı |
| | | 26-30a | | | | | | | |
| S.S.C.B. | 18-25a | 28-36 | 36-45 | 45-56 | 56-68 | 68-80 | — | — | Faydalı |

Kaynak : Quality of Dwellings and Housing Areao - The National Sevedich Institute for Building Research - Report 27/1967. Box 27 163, Stockholm 27, p. 35.

(*) : Faydalı konut alanı : Duvarlar arasında beton, oturma, yemek, yatak odaları ve mutfak, banyo (duş), helâ, hol gibi servis alanlarının toplamı.

Yaşanılan konut alanı : Kullanılan odaların (yalnız oturma, yemek, yatma odalarının) toplam alanı.

(a) : Konutları tamamlanmamış alleler için geçici konut birimleri.
(Yılmaz İnkaya, Konut Kurultayı «Farklı Sosyal Sistemler ve Sanayileşme açısından konut standartları ve Türkiye'deki uygulamalar. sf. 3)

Bir yanda, nüfusun büyük bir çoğunluğunun barındığı en ilkel gereksinimleri karşılamaktan uzak gecekondu, öte yanda

Avrupa standartlarının çok üstünde üretilen konutlarda yaşayan bir avuç azınlık gerçeği, sermayenin çıkarlarının korunduğu bu sistemin açık belgesi olmaktadır.

Türkiye’de rasyonel bir sosyal konut politikasından söz etmek olanaksızdır. Bu alan «özel girişimcilere» terkedilmiştir. Özel sektör 1970 yılında toplam 56.113 birim bina konutun 55.458’ini üretmekle konut alanında tamamiyle egemen duruma gelmiştir. (7)

Öte yandan, 1972 yılında Sosyal Sigortalar Kurumunca sağlanan kredilerle üretilen konut birimi 9.864’tür. (8) Buna Türkiye Emlak Kredi Bankasıncı kredi verilerek ve doğrudan doğruya yaptırılan yaklaşık 10.000 (9) konut birimini de katarsak toplam 20.000 ünite konutun, sosyal konut politikası, tamamı olmasa bile bu sayının bir bölümünün meta üretiminin dışında, düşük ve orta gelir guruplarının gereksinmelerini karşılamak için üretildiği söylenebilir. Bu sayının 1972 yılında üretilen tüm ruhsatlı konut sayısı olan 165.983’e oranı % 12’yi geçmemektedir. (10)

Sosyal konut üretiminin düzeyini belirledikten sonra, özellikle son günlerde çok tartışılan konut maliyetleri hakkında ayrıca bir tartışma açmayı gerekli görmüyoruz. Çünkü sosyal konut üretimine katkıda bulunan T. Emlak Kredi Bankasının Levent, Ataköy ve Ankara’da ürettiği «sosyal» konut maliyetleri herkesce bilinmektedir.

Konut maliyetleri; hiçbir emekçinin altından kalkamayacağı bir gelişim izlerken, konut kiralari da aynı eğilimi göstermektedir. Türkiye’de mevcut istatistiklere göre, konut kirasına ayrılan miktarın elde edilen gelirin ne kadarını oluşturduğu kesinlikle bilinmese bile, bu miktarın % 50 ve daha fazla olduğu rahatlıkla söylenebilir. Buna karşın çeşitli ülkelerde bu yaklaşık % 5 - % 22 arasında değiştiği aşağıdaki tabloda görülecektir.

TABLO — 8
Konut Kiralarının Hane Halkı Gelirine Oranı (%)

| | | |
|--------------|------|-------------------------|
| Yugoslavya | 4.7 | üç kişilik aile |
| Ukrayna | 5 | |
| Bulgaristan | 5.5 | 70 m ² konut |
| Çekoslovakya | 7.5 | 2 odalı konut |
| Avusturya | 11.5 | |
| Fransa | 15 | |
| Finlandiya | 20 | |
| Batı Almanya | 22.7 | 70 m ² konut |

Kaynak : Ergun UNARAN, Ulusal Konut Politikası İçinde Devlet Eliyle Kiralık Konut Üretimi, Konut Kurultayı - Ankara 1974.

CİĞERSİZ BİR KENTLEŞME :

Sağlıksız ve düzensiz kentleşme, yukarıda tartışılan nedenlerle kentlerin çevresinde gecekondu kuşaklarını oluştururken, daha içte kalan alanların her karışına bina yapılarak yeşil alanlar giderrek sifıra yaklaşmaktadır. Yani kentler soluk almalarını sağlayan ciğerlerinden yoksun bırakılmaktadır. Cadde ve sokaklar çok yetersiz durumdadır. Binaların ışık alma ve havalanma olanakları hemen hiç gözönünde tutulmamaktadır.

Yalınış enerji politikası ve kitle taşınacılığının esas alınmayışı, hava kirliliğini, trafik tıkanıklığını ve gürültüyü en üst düzeylere çıkarmaktadır. Oto park için yer ayrılmayışı, yolları ve kaldırımları oto park yeri haline getirmiştir. Büyük kentlerde insanlar, evlerinden işyerlerine gidip dönmek için saatlerini yitirmekte, soğuğa, sıcağa, rüzgâra, psikolojik baskılara maruz kalmaktadırlar.

Alt yapı kuruluşlarının önceden planlanmayışı, sık sık kanalizasyonların dışarılara akmasına, yolların çeşitli amaçlarla arada bir kazılmasına neden oluyor. Sağlığa aykırı kuruluşlar kentlere belli bir uzaklıkta bulunması gerekirken, bunlar kentlerin en merkezi yerlerinde bulunabiliyor. Örneğin hava kirliliği açısından dünyanın 1 numaralı kenti Ankara'nın ortasında en çukur bölümünde -Sıhhiye'de- linyitle havagazı üretimi yapıp, çevreye zehirli gazlar saçılabilir.

İnsanların ortak kullanımına açık sosyal kuruluşlara, çocuklar için oyun alanlarına ve gençlik için spor tesislerine yeterince yer ayrılmıyor. Çünkü güdülen tek amaç kârdır, ve bu tür kuruluşlar belli çevrelere kâr getirmez.

Planlama sözkonusu olmadığından, özellikle gecekondu bölgelerine yeterli su temin edilememekte, kanalizasyon yapımı eksik olduğu veya hiç olmadığı için lağım suları sokaklarda akmaktadır. Bu durum sindirim sistemi yoluyla bulaşan çeşitli barsak enfeksiyonları, enfeksiyöz hepatit ve paraziter hastalıkların sık görülmesine neden olmakta, kolera için her zaman uygun bir ortam bulunmaktadır.

Dar bir alanı paylaşmak zorunda kalan kişilerin sıkı teması sonucu solunum yolu enfeksiyonları sıklaşmaktadır. Enfeksiyonla erken karşılaşan ve beslenme bozukluğu içinde olan çocuklarda erken ölümler büyük oranlara çıkmaktadır. Bir odayı paylaşmak durumunda kalan ana, baba ve çocuklar arasında sayısız psikolojik problemler doğmaktadır.

Kentlerde aileler, gıdaya ayıracakları parayı gün geçtikçe artan biçimde kiralara ayırmak zorunda bırakılmaktadır. Bunun anlamı ise sağlık koşullarının daha da kötüleşmesidir.

Kısaca halkımızın büyük çoğunluğu sağlıklı konutlarda yaşamakta belirli ve topluma yönelik bir konut politikası bulunmamakta, konut darlığı giderek artmakta, mevcut konutların kira bedelleri yükselmektedir.

SONUÇ :

Özel mülkiyeti esas alan ve kârı tek amaç olarak gören, dışa bağımlı bugünkü ekonomik düzende, insan sağlığı da çok geri plana itilmiştir.

Sağlık sorununun varoluş nedeni de konut, kentleşme ve diğer sorunlardan farksızdır.

Son analizde bütün bu sorunlar Türkiye'nin politik ve ekonomik sisteminin bir ürünüdür.

Bu sorunlara bu sistem içinde radikal çözüm aramak boşunadır. Çünkü sorunlar bizzat sistem tarafından üretilmektedir. Kapitalist üretim biçimi ve ilişkileri sürdüğü sürece de, her geçen gün ağırlığını artırarak gelişecektir.

Fakat bu söylenenlerden giderek düzen içinde hiçbir şey yapılamaz gibi basitleştirici ve kolay «çözümlere» yaslanmakta sakıncalıdır. Burada takınılması gereken tavır, bu konularda «dönen dolapları» bütün açıklığı ile halkın gözü önüne sermektir. Ancak bu yapıldığı sürece, yoksul kesimlerin ve işçi sınıfının politize edilmesinde bu alanların kullanılması gerçeklik kazanacaktır.

Sağlıklı bir kentleşmenin nasıl olması gerektiği, konutlarda uyulması gerekli standartlar ayrı bir yazının konusu olacaktır.

FAYDALANILAN KAYNAKLAR

- 1) Friedrich Engels, Konut Sorunu — Odak Yayınları
- 2) Prof. Dr. Ruşen Keleş. 100 Soruda Türkiye'de Şehirleşme, Konut ve Gecekondu Gerçek Yayınevi.
- 3) a.g.e
- 4) D.İ.E. «Türkiye'nin Toplumsal ve Ekonomik Gelişmesinin Elli Yılı» sf. 110
- 5) İmar ve İskan Bakanlığı
- 6) DPT, 3. Beş Yıllık Kalkınma Planı, sf. 837
- 7) İmar ve İskan Bak. Mesken Gen. Müd. İstatistik Verilere göre Türkiye'de Konut Nitelikleri, 1972 Ankara
- 8) Nâbi Dinçer, Türkiye'de Bir sosyal konut politikası olarak Konut Kredileri/ Konut Kurultayı/ Ankara 1974 sf. 1
- 9) a.g'e
- 10) D.İ.E./ İnşaat İstatistikleri Bülteni
- 11) Fikret Başkaya, Nâbi Dinçer, Bilgen Buharalı/ Kentleşme ve Konut Sorunu (İnşaat Mühendisleri Odası Yayını)

Türkiye'de İşçi Sağlığı

Stj. Dr. Zenda Çelenk

Hekimlikte tanıya varmak için, hastanın şikâyetinden geriye giderek, hastalığın gelişimini sormak zorunludur. Böylece, belirtiler hastalığın gelişimi içinde değerlendirilir ve doğru tanıya varma olanağı elde edilmiş olur. Bunun gibi, ülkemizde işçi sağlığının bugünkü durumunu doğru değerlendirmek için, onu tarihsel gelişimi ile birlikte ele almanın gerekli olduğuna inanıyoruz. Bu nedenle, yazımızda Cumhuriyetin ilânına gelinceye dek, halk sağlığı ve işçi sağlığı konusundaki gelişmeleri kaba hatlarıyla ortaya koymaya çalışacağız.

Türkiye'de halk sağlığı ve buna bağlı olarak işçi sağlığının gelişiminden söz etmeden önce tıp tarihimize ve bu arada Anadolu Selçuklularına kadar gerilere gitmemiz gerekiyor.

Türklerin doğudaki ilk sağlık tesisleri olarak, 875'de Tulunoğullarının Mısır'da kurdukları Fustat darüşşifasını, Nurettin Şehit'in, Ergun Kamil'in, Selahaddin Eyyubi'nin, Seyfettin Kalavun'un Halep, Şam, Kudüs ve Kahire'de yaptırdıkları hastaneleri ve Anadolu Selçuklularında ise, bunların yanısıra özel vakıflara dayanan laik sağlık tesislerini görmekteyiz. İlki 1206'da Kayseri'de yapılan darüşşifa ve tıp okulu (Gevher Nesibe sultan bânisi) olan bu kurumlar arasında Sivas (1217) Divriki (1228), Konya (1219-1233), Çankırı (1235), Akşehir (1260) ve Amasya (1308) darüşşifalarını sayabiliriz. Bu sağlık tesislerine daha sonra Dulkadiroğullarının Kayseri'de yaptırdıkları cüz-zamhaneler, Saruhanogullarının Manisa'da yaptırdıkları körhaneler eklenmiştir. Osmanlılar da bu sağlık tesislerinin mirasçısı olmuşlardır.

Bu arada, batı ile temas sağlık alanında ilâç mübadelesi şeklinde başlamış ve tıp eserlerinin tercümesi ile gelişmiştir.

Avrupa'da 16-17. yy. da İngiltere'de halk sağlığı hizmetleri haftalık ölüm fişleri tutulması, ziyaretçi hemşirelik hizmetleri, veba ile savaş aşamasında iken Osmanlı ülkelerinde (1679) halk arasında variolisation usulü ile çiçekten aşı ile korunma uygulanıyordu. (1796'da Avrupalılar Anadolu aracılığıyla aldıkları bilgileri geliştirerek Jenner'in vaccination usulünü keşfediyorlardı.)

15. yy. da başgösteren veba pandemisinden sonra karantina fikri önem kazandı ve 18-19. yy. da III Selim ve II Mahmut devrinde, hekimbaşı Mustafa Behçet efendi ve hekim Şanizade'nin

çalışmalarıyla modern karantina teşkilâtı ve tıp okulları gibi tesisler yapıldı. Bu kuruluşlar, 19. yy. da modern bir yapıya ulaştılar. (Bizde ilk karantinahane, birinci kolera pandemisinin İstanbul'a bulaştığı 1831'de ve daha sonra veba salgını dolayısıyla 1835'de Çanakkale'de kuruldu.)

Öte yandan, ilk toplum sağlığı yasası Avrupa'da 1848 yılında çıkarıldı. Bu yasaya göre, doktorların tedavi hizmetleri dışında topluma karşı yükümlülükleri de yer alıyordu. Buna karşın bu yüzyılda ülkemizde sağlık hizmetleri örgütlenememiş ve sosyal konuları kapsamına alan yasalar çıkarılamamıştır. Zira bu YY. da Avrupadaki toplumsal mücadeleler ülkemizi etkilemekle birlikte, toplumsal gereksinmelere uygun bir doğrultuda mücadele verecek gelişim aşamasına henüz ulaşmamıştı.

Halk sağlığı konusunda tarihten özet olarak edinebildiğimiz bilgiler yukarıya aktardıklarımızla sınırlı kalmaktadır.

19. YY. dan önce, ülkemizde; dokuma, maden, yapı, savaş endüstrisine makine gücü girmemişti, bu işkolları küçük üniteler, örneğin el tezgâhları halindeydi. Bu yüzden, bu işkollarında çalışanlara modern anlamda işçi demek olanaksız olduğu gibi, bu dönemde işçi sağlığı örgütlenmesinden de söz edilememektedir. 19. YY. da ise, 1840'a kadar özellikle Rumeli'de olmak üzere endüstri kollarının gelişmesi ve toprak düzenindeki çözülmelerin hızlanması ile işçi sayısı arttı. Dolayısıyla 1840-1870 arasında gelişen endüstri dallarında çalışan işçi kitlesinden söz etmek olanağı doğdu.

19. YÜZYILDA İŞÇİLERİN ÇALIŞMA KOŞULLARI :

Bu yüzyılda iş koşulları güç ve yıpratıcı idi. Ücretlerin düşüklüğü yanında, çalışma süreleri günde 14-16 saati buluyordu. İşyerleri her türlü sağlık koşullarına aykırı idi. Özellikle maden ve kömür ocaklarında çalışma koşulları insanlık dışıydı. Türk köylülerini sömürgelerindeki zenci işçiler gibi kullanan Fransız şirketlerinde iş koşulları şöyleydi :

«Ereği kömür havzasında çalışan işçiler devamlı işçi değillerdi. Ağaya, tefeciye borçlanan köylü, buraya köydeki borcunu ödemek amacıyla geliyordu. İşçiler için bir işçi mahallesi yapılmamıştı.

İşçiler çoğunlukla penceresi bile olmayan barakalarda elbiseleriyle yatarlar, ertesi sabah güneş doğar doğmaz ocaklarına girerlerdi.

Beslenme şekilleri iyi değildi. İşçiye sıcak yemek verecek genel bir mutfak kurulmamıştı. İşçi, barakalarda çoğunlukla mısır ununu zeytinyağıyla tavada pişirir, soğanla yerd. İşçinin

her gün yediği yemek buydu.

Sağlık teşkilâtı ihtiyacı karşılamıyordu. İşçi, ancak kazada yaralanırsa doktora ve hastaneye yollanırdı. Sıtma, baş ağrısı gibi hastalıklar ocaklarda çalışma sırasında ayakta geçirilirdi. Bu gibi hasta işçiler ocakta çalışırken, Fransız mühendisleri bunları tembellikle suçlar, ücretlerini keser, hakaret eder, gerektiğinde döverlerdi.

Öte yandan işçi sevk memurları, çavuşları işsiz köylülerden rüşvet alır, onları işe almak için ocakta çalışan bir işçiye bahane ile atabilir, gündeliğini kesebilirdi.

Havzada çalışan binlerce işçi, geçici işçi oldukları için, bu bölgede gizli fuhuş evleri kurulmuş, bekâr işçiler arasında zührevi hastalıklar artmıştı. Fazla mesai, az gıda, kömür tozu ve hastalıklar işçi bünyesi üzerinde kötü etkiler yapmıştı.

Kömür tozu solumak yüzünden antrekos hastalığına tutulan, kötü beslenen, güneş görmeyen işçilerin çocukları aptal ve hastalıklı oluyordu. Bu işçi nesli de 18-19 yaşlarına geldikleri zaman aynen babaları gibi ocaklara giriyorlar ve aynı hayatı yaşamak zorunda kalıyorlardı.

(H. A. Şanda. Yarı Müstemleke Oluş Tarihi. S: 97)

Bu güç ve insanlık dışı iş koşullarına karşı henüz topraktan tümüyle kopmamış olan işçilerin güçlü bir tepki göstermediklerini görüyoruz. Bazı küçük çapta eylemler vardı ama bunlar henüz örgütlü ve bilinçli çabalar olmaktan çok uzaktı. Bu arada, Avrupa'da sanayiye makinenin girmesiyle işçi nüfusu artmış, iş güvenliği ortadan kalkmış, işçilerin sefaleti artmış, yaşam koşulları gittikçe kötüleşmişti. Bu koşullar karşısında bilinçlenen işçi sınıfı, artık yalvarmıyor, tehdit ediyordu. Böylece de Avrupa'da işçi hareketleri birbiri ardından kendini gösteriyordu. Gittikçe güçlenen bu işçi hareketleri ülkemize de yansıyor ve böylece Türk işçisinin uyanmasından çekinen devlet tarafından nizamnameler düzenlenerek önlemler alınıyordu. İlk sosyal siyaset önlemleri Ereğli kömür havzası için çeşitli tarihlerde çıkarılan nizamnamelerde yer almıştı. Zira hükümet kömüre fazlaca ihtiyaç duymaktaydı ve Ereğli havzası ise işyeri koşullarının en kötü olduğu yerdi. Bu önlemleri içeren ilk nizamname 1865'de çıkarılan Dilaver Paşa nizamnamesi idi. Nizamname esas olarak üretimi arttırmak amacına yönelik olmakla birlikte çalışma koşulları ile ilgili hükümleri de kapsıyordu. Örneğin, işçilere yatacak yer sağlayan 11. madde, çalışma süresini günde 10 saat olarak belirleyen 27. madde, maddende bir hekimin bulunmasını öngören 30. madde gibi.

Ancak bu nizamname, kaza ve iş güvenliği ile ilgili madde-

lerden yoksundu. Ayrıca kontrol mekanizmasından da yoksun olduğundan uygulanamıyordu. Birbiri üzerine binen kitle halinde iş kazaları, sakatlanmalar, işçilerin yitirilmesi ve mevcut nizamnamelerin bu konularda yeterli olmaması sonucu, 1869'da maden Nizamnamesi çıkarıldı. Bu nizamname ile; madenlerde mecburi iş yükümlülüğü kaldırılıyor (6. madde), ve özellikle iş kazalarına karşı gerekli önlemlerin alınması (64. madde) öngörülüyor, havzada hekim ve bir eczane bulundurulması zorunluluğu (66. madde), iş kazalarında verilecek tazminat tespiti (67. madde) yer alıyordu.

1870'lerden sonra yabancı sermayedarların malı yeni fabrika ve endüstri tesisleri kuruldu. Bu dönemde işçi kitlesi artık bir takım sınıfsal eylemlere giriyor ve grevler patlak veriyordu. Bu hareketleri doğuran nedenler, işyeri sağlık koşullarının kötü oluşu, ücretlerin düşüklüğü ve işçinin geçimini sağlamaktan uzak oluşuydu. Örneğin, tersane amele ve marangozları yiyecek ekmekleri olmadığından, geceleri yatacak ot bulamadıklarından şikâyetçiydiler. Devlet ise işçi ücretlerini vermekten âcizdi.

1875'de de Taksim yapı işçileri ve Sirkeci hammallarının yaptıkları grevlere tanık oluyoruz. Bu grevciler de kötü iş koşulları ve ücret alamamaktan yakınıyorlardı. Daha birçok işkollarında grevler birbirini izlemekteydi.

O halde grevlerin esas olarak başlıca iki nedeni vardı :

1) Ücretlerin düşük olması,

Yaşam koşullarının ağırlaşması ve açlık nedeniyle kırsal alanlardan kentlere göçler olmaktaydı. Bunların sonucunda emek değeri düşüyor, ücretler değer kaybediyordu. Örneğin, Er-



gani Bakır madenlerinde ve özellikle yabancı sermaye işyerlerinde yalnız çalışılan günün ücreti ödeniyor, işçinin elinde olmayan bir nedenle iş tatil edilse bile gündelik verilmiyordu. Azami mesai 11 saat olup, öğle yemeği, istirahat saati, namaz ve zaruri işlerde geçen sürenin ücreti ödenmiyordu.

2) Yabancı şirketlerin baskısı .

Yabancı şirketler, azınlıkları türk işçilerinden üstün görüyorlardı. Alman Demiryolu Şirketi Müdürlerinden Von Kölman'ın «Türk işçisi bir lokma kuru ekmek, iki çürük zeytin ile geçinebilir» sözü bu durumu çok açık şekilde ortaya koymaktadır.

Yabancı şirketlere ve buralardaki iş koşullarına karşı tepkileri, Reji işçilerinin, Demiryolu işçilerinin grevlerinde ve Tramvay işçilerinin grevlerinde görüyoruz. Bu gibi işyerlerinde iş ve sağlık koşulları gerçekten çok kötüydü. Örneğin Alman kapitalistleri tarafından idare edilen Demiryolu şirketindeki memurlardan biri ölmek üzere olan babasının baş ucunda bulunmak için sözlü izin istemiş, bunu yazı ile yapmadığı için 30 kuruş para cezasına çarptırılmıştı. (O zaman bir okka ekmek bir kuruştur.)

İşbaşında, vagon tekerleri arasında ayağını kaybeden bir memurun hastanede yattığı 3 ay süresince maaşı kesilmiş, bu memur uzun uğraşmalardan sonra ancak hastane parasını alabilmişti.

Yine bir işçi trenin altında kalmış, derisi yüzülmüş, kurgu kemiklerinden 2 - 3 tanesi kırılmıştı. Bu yüzden uzun zaman hastanede yatmak zorunda kalan işçiye hastanede yattığı süre para ödenmemişti. (H. A. Şanda, 1908 işçi hareketleri, S.24)

Bu dönemdeki ilk ciddi işçi örgütlenmesi «Osmanlı Amele Cemiyeti» idi ve Devlet bu örgütlenmeye karşı önlem almakta gecikmedi. Bu önlemlerden biri, vakıflar tarafından kurulan yardımlaşma sandıkları adı altındaki kuruluşlardı. Bunlar işçilerin gerçek örgütleri olan Osmanlı Amele Cemiyeti çatısında toplanmalarını önüyor, işçileri bölüyordu. Diğer önlemler arasında ise, madenlerdeki çalışma koşulları ile ilgili 1903 Ocaklar Kavaidi Umumiyesi ve 1906 Maadin nizamnamesine rastlıyoruz.

1908 yılından Cumhuriyete kadar işçilerin çalışma koşulları:

a) 1908 — 1918 dönemi «ittihat ve terakki» iktidarındır.

1908 yılının birbirini izleyen grevleri hep ücretlerin düşüklüğü, iş koşullarının kötü, sağlıkla bağdaşmaz olması, iş güvenliğinden yoksun olunması nedenlerinden kaynaklanıyordu. Örneğin Anadolu Bağdat Demiryolu işçileri işveren Alman şirketinde şu isteklerde bulunuyorlardı:

- İşçi derneğinin şirket tarafından tanınması,
 - Memurlara bir aylık ikramiye verilmesi, işçilere 3 kuruş zam,
 - Gündelikçi memurlara ve uzman işçilere 4 kuruş zam yapılması,
 - Hasta olan memurların işten çıkarılmaması,
 - Memur ve ailesinin parasız tedavi edilmesi, masrafların şirkete ait olması,
 - Gece çalışanlara iki kat gündelik verilmesi.
- (Dr. A. Gavril. Anadolu Bağdat Demiryolu Şirketi Osmanîyesinin İçyüzü.)

Bu grev eylemleri ve istemlerine karşı devrin iktidarı yeterli ücret ödemek, işyeri sağlık koşullarını düzeltmek yerine, Alm uzman Kont Ostrog'un hazırladığı «Tatil-i Eşgal» kanununu çıkardı. Bu yasa ile işçilerin görev ve sendika kurma hakları sınırlandı. Getirilen ceza hükümleri medeniyle grevlerin geçici de olsa önü alındı. Ama yasa grevleri sınırlasa da durduramadı. Yasanın kapsamına girmeyen işkollarında direnişler devam ediyordu. Hatta Tramvay Şirketi müstahdemi yasa kapsamında olmasına rağmen (1910'da) işi bırakıyor ve grevçiler istem olarak memurların Osmanlı tebaası olmasını, ancak uzman bulunmazsa yabancı memur aranmasını ileri sürüyordu.



1911'lerde işyerlerinde çalışma koşullarına baktığımızda şu durumu gözlüyoruz: «Reji ameleleri kötü durumdadır. 7-17 yaşında çocuklar, 40-60 para yevmiye ile çalıştırılıyorlar. Kadınlara düşük ücret veriliyor. İşçi ücretleri de düşük, buna karşılık çok çalışılıyor. Hastalık, kaza tazminatı yok. Şirket istediği zaman işçiyi haber vermeden işten çıkarıyor.»

Aydın şimendiferleri memur ve işçilerinin isteklerinde de bu koşullar izlenebiliyor :

- 1) İş kazası sigortası ve emeklilik sandığı,
- 2) «İleri» cemiyetini şirketin kabul edip, yönetim kurulunu tanınması,
- 3) Fiyatlar arttığından maaşlara zam ve 4-6 Ekim 1908 za bitnamesindeki bazı maddelerin uygulanması. (İkdam 19 Eylül 1911).

1911'i izleyen yıllarda Balkan, Trablusgarb savaşları ve ardından I. Dünya savaşının patlak vermesiyle birlikte, işçilerin ağır yaşam koşulları ve sefaletleri bir kat daha arttı. Ücretler son derece düştü. Ücretlerin arttırılmasını isteyen işçiler işten atıldı. Binlerce Türk işçisi cepheye sürülen Alman işçilerinin yerine sanat öğrenmeye (!) Almanya'ya gönderildi. İşçilerimiz bu vesileyle de Avrupa işçi hareketini tanıdılar. Savaş koşullarında, işçinin sefaleti arttı ve kapitalist sömürüye karşı hınşı hıncı perçinlendi. Böylece grev dalgası yeniden başladı. Örneğin Şirkeyi Hayriye memurları grevinde şu istekler yer alıyordu:

- Maaşların artması,
- Emeklilik süresinin 25 yıla inmesi,
- İş saatlerinin sınırlandırılması,
- 10 günde iki gün izin,
- Hasta olanlara şirketçe bakılması.

10 Kasım 1920 de Tramvay işçileri grevi, işçi hastanesi kurulması, 8 saat işgünü, gece 2 kat ücret ve okul açılması isteklerini kapsamaktaydı.

Yine bu yılı izleyen 31 Martta Kadıköy Havagazı işçilerinin istekleri arasında :

- İş saatlerinin 8'e indirilmesi,
- Yüzde 50 zam,
- Bir defa bir maaş ikramiye,
- Günde 1 kg. ekmek,
- Eskiden olduğu gibi, kömür verilmesi, elbise verilmesi,
- Gece çalışanlara iki kat yevmiye.
- 3 ay çalışmış işçiye hastalık sırasında ücret ödenmesi,
- Ücretli hafta tatili.
- Sağlığa uygun koşullar yapılması,

--- Ustabası emriyle, keyfi olarak işten çıkarılmamak gibi maddeleri görüyoruz.

1920'LERDEN CUMHURİYET İLÂNINA DEK İŞ KOŞULLARI:

Milli Kurtuluş savaşımız ile işçi eylemleri de hızlandı. 1921 yılında, Fransız şirketlerinde, Eskişehir Demiryolu Şirketlerinde grevler ilân edildi. İşgal kuvvetlerine karşı örgütlenme genişledi. Böylece emekçi sınıflar, öncülüğü almamış olmalarına rağmen milli mücadelenin yükünü omuzlarında taşıyarak zaferi gerçekleştirdiler.

Milli mücadele sürecinde iş; Zonguldak ve Ereğli Kömür Havzası işçilerinin koşullarının ön plana alınmasıyla, 114 sayılı ve 151 sayılı olmak üzere iki yasa çıkarıldı. Şöyleki :

Zonguldak ve Ereğli kömür bölgelerinden çıkarılan maden kömürleri, savaş ekonomisinde ve savunma hizmetlerinde kullanılamıyordu. Çünkü bölgenin devrim hükümetinin bulunduğu Ankara ve İç Anadolu ile demiryolu bağlantısı ve maden kömürünün kullanılacağı ağır sanayi tesisi yoktu. Zaten devletin maden kömürüne ihtiyaç duyacak donanması da mevcut değildi. Kara ordusunun ihtiyacı, Anadoluda elde edilen linyit ile karşılanıyordu. Bu yüzden, Zonguldak Ereğlisinde maden kömürü üretimi arttırılmalı, ihraç edilmeli, silah ve cephane almak için döviz elde edilmeliydi. Bu yüzden 10 Ağustos 1920 tarihli, 154 sayılı kararname ile havza bölgesinde çalışan işçilerin askerlik hizmetleri ertelendi. Böylece Zonguldak ve Ereğlide fazla üretim gereksinmesinin ve devletin yetersiz mali olanaklarının karşısında işçilerin yaşam koşulları gittikçe zorlaştı. Bu koşulları zamanın iktisat vekili Mahmut Celâl Bey meclis kürsüsünden açıklıyordu.. Ardından 1921 tarihinde de 114 sayılı kanun çıkarıldı. Yasaya göre, havzadaki kömür tozları işçiler yararına kullanılmak üzere değerlendirilecekti. (Yasa, 1954 de çıkarılan Maden Kanununun 158. maddesi ile yürürlükten kalkmış olacaktır.)

Aynı yıl yürürlüğe giren Ereğli Kömür havzası maden işçilerinin hukukuna ilişkin 151 sayılı kanunla işçi sağlığına getirilen hükümler ile :

— Maden ocaklarında çalışan işçiler için işçi koğuşları, hamam yapılmasına işveren mecbur tutuluyor,

— İşçilerin zorla tutulması ve angarya ile çalıştırılmaları, ocaklarda 18 yaşından küçüklerin çalıştırılmaları yasaklanıyor,

— Bütün madenciler hasta ve kazazede olan işçiyi parasız tedavi ettirmeye ve bunun için hastane, eczane ve diplomalı hekim bulundurmaya mecbur tutuluyorlar,

— İş kazası sonucu yaralanan ya da ölenler için tazminat davası açılması ,sulh yargıcının bilirkişilerin raporuna göre taz

minatı kararlaştırması ve kaza işverenin kötü idaresinden ya da alması gereken önlemleri almamış olmasından ileri gelmişse 500 TL. den 5000 TL.'a kadar cezalandırılmalarını öngörüyordu.

Ayrıca yasa,

— Günlük çalışma saatini 8 saat olarak saptıyor, işçilerin sağlık koşulları için gerekli bu hükümleri yerine getirmeyen işverenlerin ruhsatname, imtiyazlarını feshediyordu.

— Asgari ücret tayini, işveren, amele birliği ve iktisat ve kalet: tarafından 3 kişinin katılmasıyla yapılacaktı ve,

— İşveren bir mescit ve genç işçiye gece dersleri vermek için bir okul yapmaya ve öğretmen tutmaya mecbur ediliyordu.

(Bu yasanın 3008 sayılı İş Kanuna aykırı hükümleri 1936 da yürürlükten kaldırılmıştır.)

Bu sırada işçi sınıfı bağımsız örgütlerde toplanmıştı. Bu örgütler arasında birlik sağlanmaya çalışılıyor, tek örgütte toplanmak için konferanslar düzenleniyordu. Bu çalışmaları baltalamak için İstanbul Amele Birliği kuruldu. Bu sözde işçi örgütünün üyeleri İngiliz sosyal siyasetçisi Mac Donald tarafından eğitilmişlerdi. Bunun da açıkça gösterdiği gibi örgüt işçileri temsilden uzaktı, işveren örgütü niteliğinde bir işçi örgütü (!) idi. Ve hükümet tarafından, İzmir'de toplanacak olan İktisat Kongresine bu birliğin üyelerinin katılacağı ilân ediliyordu. Bu durum karşısında, bağımsız işçi örgütleri isteklerini -Kongreye bildiriler yayınlayarak iletmek zorunda kaldı. Bu bildirilerde yer alan istekler arasında şunlar yer alıyordu :

- İş günü 8 saat olacaktır.
- 12 yaşından küçükler çalıştırılmayacaktır.
- Tatil günlerinde ücret ödenecektir.
- İşçiler yılda bir ay izin kullanacaklardır.
- Sakat işçilerin yaşamları güven altına alınacaktır.
- İşçiler için hayat sigortası kurulacaktır.
- İşçiler için hastaneler yaptırılacaktır.
- Vergiler herkesin gelirine göre alınacaktır.
- İşçilere sosyal mesken yaptırılacaktır.
- Üç aylık sürenin sonunda geçici işçi olma durumu kaldırılacaktır.

— Seçimler mesleki temsil usulüne göre yapılacaktır. vb.

Kongre bu istekleri bir yana iterek, Tatili Eşgal Kanununun yeni koşullara uygun olarak yasalaştırılmasını karara bağladı.

Kongreye bildirilen bu istekler göz önüne alınırsa, bunların daha önce çıkarılan yasalarda yer aldığı görülecektir. Bu dönemde kadar, bazı ihtiyaçlar karşılanmışsa da, çoğu geçmiş yasalarda hükme bağlanmasına rağmen uygulamaya konulmamıştır . daha bir süre konulamayacaktır.

DEVAM EDECEK

Çeviri

Tıptaki Çoğunluk

«Sovyet kadını, özellikle tıp alanında, erkeklerle eşit olduğu zaman, cinsiyetin mesleki yetkinliğe ve parlak bir meslek hayatına engel olmadığını güzel bir biçimde kanıtlamıştır.»

Vladimir Lyubovny

Tbilisi Tıp Merkezi'nde yüksek sovyet yetkilileri ile tıp uzmanlarının karşılaşmaları nedeniyle çağrılmış olan gazetecilerle karşılaşan Profesör Konstantin Varsaladze, «Bu mu eşitlik?» diye cırt yandı, «bu kadınların üstünlüğüdür. Başka bir şey değil.»

Gerçekten de Sovyet parlamantosunun 24 doktor parlamenterinin 20'si kadındır.

Rus Lyudmila Bogatiryova, Yakut Klara Samsonova, Azerbeycanlı Zakhra Kuliyeve, Karelya'lı Hilda Perelyainen ve Estonya'lı Milva Miidla; Birleşmiş Milletler Kadınların Ayırımının kaldırılması için Deklarasyonu'na gönderdikleri yazıda, «Bir ülkenin tüm ve çok yönlü kalkınmasının, dünyanın daha iyi bir hal almasının, her alanda kadınların eşit haklara sahip olmasına ve erkekler kadar yaşantının her yönüne katılmasına bağlı olduğunu» belirtmişlerdir. Onlar bir batı ülkesinde 100 doktordan yalnızca 7'sinin kadın olduğunu, bir başkasında çocuk hastalıklarının bile erkek doktorların tekelinde olduğunu duyunca çok şaşırdılar. Sovyetler Birliği'nde tıp konusunda kadınlar çoğunluktadır. Ülkenin toplam 800.000 doktorunun % 70'i kadındır.

Son yıllarda genç erkeklerin tıbbı, eskiye oranla daha çok ilgi duymalarına karşın hâlâ genç kızlar yine çoğunluktadır. Bu genç kızlar, özel haklara sahip olmamalarına ve giriş sınavlarında farklı bir davranışla karşılaşmamalarına karşın, genellikle çalışmalarında erkek arkadaşlarından daha başarılı ol-

maktadırlar. Bunun nedeni, büyük ölçüde daha önceden pratik deneyi olanların üniversiteye kabulünde onlara tanınan önceliktir. Tıp fakültelerine baş vuranların hemen tamamı, daha önce hemşirelik, ebelik ve laborantlık yapmış olan kişilerdir.

Kamu oyunu oyalamak için gerçekleştirilen ayrıcalıklar dışında kadınların eğitimi ile ilgili Çarlık politikası, İmparator Wilhelm'in kadınlarla ilgili ünlü deyişi paralelindeydi: **Kinder, Kirche, Küche** (Çocuklar, kilise ve mutfak). St. Petersburg'da yüksek düzeyde bir yetkili, ünlü bilgin Sophia Kovalevskaya'ya «bir kadının görevi matematikçi doğurmaktır, yoksa bir matematikçi olmak değildir» diyordu.

Bu nedenle 1917 devriminden sonra erkekler ile aynı haklara sahip olan kadınların yüksek öğrenime daha çok rağbet göstermeleri ve kendilerine daha önce yaklaşılan şeylere merak duymaları olağan karşılanabilir. Bu nedenle Sovyet tıbbının «feminizasyonu» nesnel ve tarihsel olarak koşullanmış bir süreçtir. Sovyetler Birliği'nde tıp ve toplum sağlığının korunması, geri bir ülkeden güçlü bir endüstri ülkesi haline geçerken oluşan çok güçlü sosyal ve teknik değişikliklerle birlikte gelişmiştir. Bu nedenle yıllar boyunca erkekler, işçilerin yoğun olduğu endüstriyel mesleklere daha çok yakınlık duymuşlardır. Buna karşılık tıp, kadının doğal yapısında bulunan yumuşaklık, fedakarlık, duygululuk ve şefkat gibi özellikler gerektirdiği için kadınlar tarafından doğal olarak benimsenmiştir. Ancak bu özellikleri onların mühendis, metallürjist, köprü mühendisi, pilot ve kaptan olmalarını önlememiş, ancak onlar en çok tıp konusunda başarılı olmuşlardır.

Organizasyon ve sağladığı sağlık hizmetlerinin düzeyi açısından 81 numaralı hastane hemen hemen en tipik örneklerden bir tanesidir. Bu hastanenin poliklinikleri, 885 yatağı, 4 tedavi birimi, 2 jinekoloji, 3 cerrahi, 3 göz hastalıkları, nöroloji ve endokrinoloji bölümleri vardır. Ayrıca bu hastanede konsültasyon bölümleri, biyokimya ve histoloji laboratuvarları, radyoloji ve fizyoterapi bölümleri vardır. Hastanede 160 doktor, 400'ü aşkın hemşire ve laborant çalışmaktadır. Hastanede çalışanların sayısı 1000'i bulmaktadır. Hâlâ genç bir kadın olan Galina Dolganova bu büyük hastanenin başhekimidir. Kadınlar bölge polikliniklerinde, intern olarak ruh hastalıkları ve epidemiyoloji bölümlerinde ve fabrika kliniklerinde çalışmaktadırlar. Kısacası tıpta 100'ü aşkın bölümün her birisinde kadınlar bulunmaktadır.

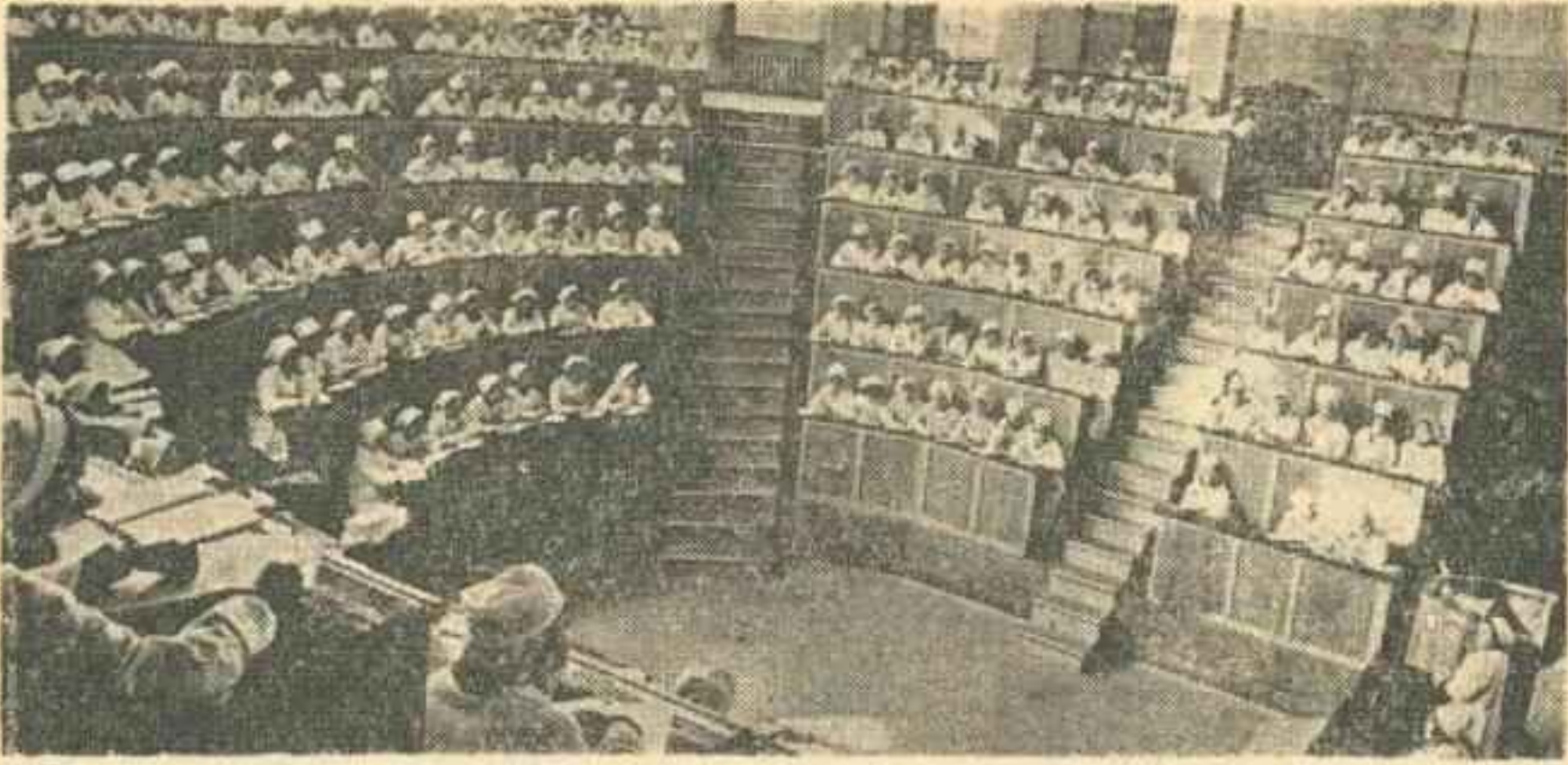
Valentina Antipova, yaptığı karmaşık ameliyatların sayısını unutmışa benziyor. Antipova, acil yardım cerrahisi, ilk yardım, dişçilik ve jinekoloji konularında uzman. Denize açılanlar ne denli sağlıklı olurlarsa olsunlar bir doktorun, eğer bir gemide görev yapıyorsa her türlü acil duruma müdahale edebilecek yetenekte bulunması gerekmektedir. Dr. Antipova «Mechanic Ribachuk» adlı geminin doktorudur. Gemi Vladivostok limanına demirli. Dr. Antipova tüm kuzey kıyılarını, Küba'ya kadar dolaşmış ve daha önce de «Lazarev» adlı gemide çalışmış. Kendisini deniz tutmasına karşın denizin tüm zorluklarına karşı gelerek gemiyi terk etmemek niyetinde.

Tıp delegelerinin toplantısına katılanlardan birisi de Yüksek Sovyet üyelerinden ve Tadjik Tıp Enstitüsü Hastane Tedavisi Bölümü'nden Doçent Dr. Valentina Kozhina'ydı. Dr. Kozhina yaşantısında ilgi çeken her hangi bir olay olmadığını söyleyerek kendisinden söz etmek istemedi. Onun yerine bana Sovyetler Birliği Tıp Bilimleri Akademisi üyelerinden Profesör Saadiniso Khakimova'dan bahsetmeyi yeğledi.

«Onun yaşantısı gerçekten bir maceradır» dedi Valentina Kozhina. «Saadiniso ülkenin kuzeyinde bir yerde doğmuş. Ailesi yerel törelere son derece sıkı bağlıymış. Okula gitmesine izin vermelerine rağmen yüksek eğitimi için babası izin vermemiş. Eski geleneklere göre onu hemen evlendirmek istiyormuş. Bu nedenle Saadiniso Khakimova evinden kaçmış, kızgın akrabalarına görünmemek için Dushanbe'ye gitmiş. Burada tıp enstitüsüne girmiş. Babasının haberi olmaması için dersleri gizlice dinlermiş. O zaman bizim enstitümüz yeni açılmıştı ve o bizim ilk öğrencilerimizdendi. Mezun olduktan sonra yine ilerlemeye devam etti. Vakhs vadisinde çalışan ilk kadın doktor ve akademiye seçilen ilk Tadjik'li kadın doktor ünvanını aldı.»

«İlk kadın» sözcükleri çok sık rastladığımız sözcüklerdir. Mikrobiyolog Zanaida Yermolyeva, genetikçi Alexandra Prokofyeva-Belkovskaya, parazitolog Polina Petrischeva, diyagnostik radyoizotop uzmanı Margarita Fateyeva ve çocuk hastalıkları uzmanları Yulia Dombrovskaya ve Yekaterina Speranskaya ve Oftalmolog Nadezhda Puchkovskaya konularında uzman olan ilk kadınlardır.

Çok iyi bir akademisyen olan ve aynı zamanda dünya çapında üne sahip bilim adamı Konstantin Skryabin, öğrencisi Varvara Podyapolskaya'yı şöyle tanımlar : «1922 yılında çok genç bir doktor olarak bana geldi. Enerji dolu çehresine, keskin bir zekâyı yansıtan bilgiye susamış parlak gözlerine bak-



tım ve «eğer helmintoloji (parazit bilimi) ye ilgi duymaya bir başlarsa kendini tümüyle bu çalışmalara adar» diye düşündüm»

Padyapolskaya, akademisyeni hayal kırıklığına uğratmadı, büyük bir güç ve inatla çalıştı. Kendisine verilen S.S.C.B. ödülü ile birlikte yalnız profesör olmakla kalmadı, aynı zamanda dünyadaki ilk kadın helmintolog ve bu konudaki en iyi uzmanlardan biri ünvanlarını aldı. Helmint dünyasının çok sınırlı olduğunu ileri süren eski savları çürütmeyi amaçlayan pek çok seminere katıldı. 1917 yılına kadar insan vücudunda yalnızca 15 tür helmint olduğu sanılıyordu. Varvara Podyapolskaya kendi başına 50 yeni tür buldu ve bunlar şimdi sayıca, vahşi hayvanlarda, büyük baş hayvanlarda, kuş ve balıklarda bulunan «yakın akrabaları» ile birlikte bir kaç yüzü buluyorlar.

Uzun ve zor çalışmalar bugün semeresini görüyor, ve S.S.C.B. Tıp Bilimleri Akademisi'nin ileri gelen bilim adamları, meslekdaşları odaya girdiğinde, yalnızca bir kadın olduğu için değil, aynı zamanda ileri gelen bir kadın bilim adamı olması nederiyle onu karşılamak üzere ayağa kalkarlar. Bu seminerler altında kadınların Sovyet tıbbında ne denli önemli bir rol oynadığını yansıtır. Mikrobiyolog Pelageya Vershilove, çocuk doktoru Valentina Bisyarine ve Nina Nisevich, 'ç hastalıkları uzmanı Lyubov Malaya ve daha pek çok kadın Sovyet bilim adamlarının adları tüm dünya uzmanları tarafından iyi bilinir.

Tıp Bilim Akademisi'ne ya da halk sağlığı bakanlıklarına bağlı olan Tıp-Bilimsel Araştırma Enstitüleri'nin yöneticileri arasında pek çok kadın müdür, yönetici ve ayrıca çok sayıda araştırmacı bulunur. Örneğin Gorki şehrinde bilim merkezlerinin beş tanesinden dördünün başında, Sverdlovsk'da yedi taneden beşinin başında kadın idareci bulunuyor. Leningrad'da ise Travmatoloj ve Ortopedi Enstitüsü, Çocuk Enfeksiyonları Merkezi ve Deneysel Tıp Merkezini kadınlar yönetiyor. Moskova'da Romatizma, Çocuk ve Erişkin Hijiyeni, Farmakoloji, Kadın Hastalıkları

arı ve Doğum, Radyoloji (Erisman Enstitüsü), Plastik Cerrahi, Göz hastalıkları (Helmholtz Enstitüsü), enstitülerinin ve diğer bazı enstitülerin başlarında da kadınlar var.

Sovyet Devletinin kurucusu Lenin, yarım asır önce şöyle yazmıştı : «Sovyet gücünün başlattığı işi, ancak tüm ülke çapında yalnızca bir kaç yüz değil, milyonlarca Sovyet kadınının da görev alması ile ilerleme kaydedecektir. O zaman sosyalist rejimin amacının gerçekleşeceğine inanıyoruz.»

Lenin'in görüşü bugün gerçekleşmiş bulunuyor. Erkekler gibi bağımsız ve eşit olan milyonlarca Sovyet kadını, sosyalist toplumun entellektüel ve materyalistik değerlerinin yaratılmasında ve devlet yönetiminde görev alıyor ve aktif rol oynuyor. S.S.C.B.'nin tartışmasız başarılarında, acı çekenleri ve şanssızları iyileştirmek amacıyla tıp dalında ve tıpla ilgili her türlü araştırma konusunda kadınların çok büyük hizmetleri vardır.

Sağlığın Değeri ve Maliyeti

Dawn Liberi

Bir milyon dolar, 15 doktorun eğitilmesine yetebilir. Bir milyon dolara 200 yardımcı sağlık personeli yetiştirilebilir veya bir milyon çocuk aşılanabilir. Siz hangisini seçerdiniz?

Bu alanlarda kaynakları yeterli olmayan ülkeler için tercih yapmak kolay olmadığı gibi, bazı fedakârlıkları da gerektirmektedir. Sağlık hizmetleri için bir kaynak yaratabilmek için, ötekini feda etmek gerekebilir. Bu konularda hergün karar vermek durumunda olan sağlık ekonomistleri ile sağlık plâncılarının görevi de bu tercihi yapmaktır. Her geçen gün uzmanlaşmaya daha fazla gerek duyulan bir dünyada, sağlık ekonomistliği de yeni bir akademik disiplin olarak ortaya çıkmıştır. Ancak, çok kişinin ihtiyaç duyduğu bu hizmetten henüz pek az kişi yararlanabilmektedir. Sağlık ekonomisi, plâncıların umut dolu beklentilerinin aksine bu alanda kaynakların sınırlı olduğunu hergün hatırlatan bir bilim dalı olmuştur.

Dünya Sağlık Teşkilatı'nın (WHO) yayınladığı Kamu Sağlığı Raporlarının 64. sayısı «Sağlık Ekonomisi» ne ayrılmıştır. Bu yayında da belirtildiğine göre, sağlık ekonomisinin üç amacı vardır:

-- Sağlık hizmetlerinin sağlanması için gerekli örgüt ve finansman kaynaklarını belirlemek;

— Bu kaynakların dağılımı ve kullanılmalarındaki verimliliği ölçmek;

— Önleyici, tedavi edici ve rehabilitasyon sağlık hizmetlerinin kişisel ve ulusal verimlilik üzerine etkilerini incelemek.

Sağlık ekonomisi tanımını sağlık hizmetlerinden yararlananların paralarının karşılığını almaları ve paranın nereye, nasıl sarfedildiği konusunda söz sahibi olmaları görüşünü de içermektedir. Toplumun artan ihtiyaçları karşısında, sağlık ekonomisi bağımsız bir kuram ve uygulama olarak gelişmektedir. Ancak bu bağımsız görünüme rağmen, sağlık kaynakları için ödenekler ayrılması, her hükümetin siyasi tercihlerine ve ulusal bütçesine bağlıdır. Bu nedenle, sağlık kaynaklarının dağılımı her hükümetin sağlık konusuna verdiği önceliğe göre değişmektedir.

ÖNLEYİCİ Mİ, TEDAVİ EDİCİ Mİ?

Bir öykü vardır: İki adam nehir kenarında durup konuşurlarken, nehirde boğulmak üzere olan küçük çocuklar görürler. Birinci adam hemen suya atlar, çocukları kurtarmaya çalışır. İkinci adamsa nehrin yukarısına doğru koşmaya başlar.

Birinci adam sorar: «Ben bu çocukları kurtarmaya çalışırken sen nereye gidiyorsun?»

İkinci adam cevap verir: «Yukarıya, bu çocukları suya atmaları durdurmaya.»

Bu basit öyküden, sağlık hizmetlerine karşı değişik tutumlar uygulanabilecek bir analoji bulunabilir. Tedaviye mi, önleyici tıba mı öncelik verilmeli? Bugün, önleyici tıbbın, tedavi edici tıptan ekonomik olarak daha verimli olduğunun evrensel kabulü zorunludur. Ama hükümetler genellikle «çocukların suya atılmasından» çok, «suya atılanları kurtarmayı» tercih ederler. Aslında, önleyici sağlık hizmetlerinin sonuçlarının sayısal ifadesi çok zordur. Tedavi edici sağlık hizmetleri ise ölçülebildiği, ekonomik yönden de rakamlarla ifade edilebildiği için, hükümetler bu hizmetlere ağırlık vermekte kendilerini haklı görürler.

Herşeye rağmen, önleyici hizmetlerin büyük önemi inkâr edilemez. Sağlıklı ve dinamik bir işgücü, ülkenin ekonomik kalkınmasına büyük katkıda bulunur. Hastalıkların önlenmesinin yanı sıra, yaşam düzeyinin de yükselmesi bir ülkenin üretkenliğine, birkaç fabrika inşasından daha çok katkıda bulunabilir. Hasta ve çalışamayan işçi, hiçbirşey üretemez.

SAĞLIK HİZMETLERİNİ ÖLÇMEK

Kaynakların kısıtlı olması, sağlık sektöründe planlamanın çok dikkatle yapılmasını gerektirir. Sağlık harcamalarının sonuçlarını önlemede bazı ekonomik ölçülerde yararlanılabilir. mesela, maliyet/fayda oranı uygulayarak, sağlık düzeyinin yükselmesi, hastalıkların azalması gibi belirli bir çabanın ekonomik değer-

lendirilmesi yapılabilir. Kolera, sıtma, çiçek gibi bulaşıcı hastalıklar için yürütülen kampanyaların etkenliği de aynı yöntemle nesaplanabilir.

Ancak bu değerlendirmeler sadece sağlık harcamalarındaki artışların her zaman halkın sağlık düzenin yükselmesi anlamına gelmediğini göstermektedir. Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesiyle, kaynakların miktarı ve maliyeti arasında önceden kestirilebilir bir ilişki yoktur. Meselâ bir Latin Amerika ülkesinde son on yıl içinde doktor ve hastane yatak sayısı arttığı halde, genel sağlık durumunda hiçbir gelişme görülmemiştir.

Sağlık ekonomistleri ve planlamacılarının, sağlık hizmetlerinin etkenliğini arttırırken, sağlık düzeyinin de yüksetilmesi için teşvik edici yollar bulmaları gerektiği anlaşılmaktadır. Sağlık personelinin coğrafi bölgelere göre yeniden dağılımı, doktorların ücretinin arttırılması ve yaygın bir hastalık eğitimi programı uygulanması gibi tedbirlere de başvurulabilir.

Hükümetler, programların finansmanında gerekli giderlerin karşılanmasının ekonomik gücü en az olanlara düşmemesine dikkat etmelidirler.

Belirtilmesi gereken bir başka nokta da, sağlık programlarının etkenliğinin bir ülkeden diğerine değişmesidir. Hükümetler, kendi sağlık programlarına örnek ararken, bir ülkede başarıyla sonuçlanan bir programın, ötekinde aynı sonucu vermeyebileceğini göz önünde tutmalıdırlar.

DÜNYA SAĞLIK TEŞKİLATI'NIN ROLÜ

WHO'nun «Sağlık Ekonomisi» adlı yayınında Sağlık Ekonomisiyle ilgili Seminerde yapılan öneriler de yer almaktadır. Seminerde, sağlık ekonomisinde, sağlık hizmetlerinin idarecilik ve işletmecilik alanlarını da kapsayan çeşitli yöntem ve teknikleri birleştirmekte büyük yarar olduğu görüşü savunulmuştur. Daha şimdiden bazı gelişmekte olan ülkeler, sağlık programlarının sonuçlarını değerlendirmede yeni sağlık ekonomisi yöntemlerine baş vurmaktadır. Bu ülkelerin, aldıkları sonuçları Dünya Sağlık Teşkilatı'na bildirmelerinde büyük yarar vardır.

Uygun yardım ve ekonomik ileri görüşlülükle, her ülkenin vatandaşlarının tümünün sağlık ve refah seviyesinin istenilen düzeye gelebileceği ümit edilmektedir. Benjamin Disraelinin söylediği gibi, «Devletin başlıca güvenceleri olan halkın» mutluluğu ve gücünün temeli, halkın sağlığıdır.» Bu nedenle, sağlık hizmetleri kaynaklarının dağılımı, ulusal ekonominin en temel bölümüdür.

((WHO FEATURES))

tutulmuşlardır. Ne var ki, bu kısıtlı hüküm-er bile siyasal iktidarlarca el bebek gül bebek görülen sermaye tarafından kotuye kullandırarak, pek çok işyerinde kadın işçi sayısı 99'da tutulmakta, tüzüğün belirttiği sayıyı aşan işyerlerinde ise bu hüküm çiğnenmektedir. Bu gibi işyerlerinde işveren çok sıkıştırsa kreş ve emzirme odası açma yerine 2000 TL. ceza verip bu yükümlülüğünden sıyrılabilmektedir.

Basından öğrendiğime göre İlerici Kadınlar Derneği İstanbul Barosu ve İstanbul Tabip Odasının birliğinde yaptıkları inceleme sorucunda kreş ve emzirme odalarının açılmaması nedeniyle yasa ve tüzük hükümlerinin işverenler tarafından çiğnenmediği yerlerde çalışan kadınların 40—50 bin liralık maddi ve manevi tazminat davası açma imkanlarının olduğunu vurgulamışlardır.

Anayasanın eşitlik ilkesinden hareketle, işçi kadının kazanmış olduğu bu haktan biz memur kadınlar da faydalanabilmeliyiz. Hele konusu insan sağlığı olan bizim meslekte çalışma sırasında gereken konsantrasyonun sağlanabilmesi için çalışanın yarı aklının evinde kalmaması gerekmektedir.

Öte yandan sorun sağlık personeli arasında sadece bayan doktorların sorunu değildir. Bir o kadar da, gelirleri daha düşük olduğu için gerektiğinde nitelikleri ayrı bir yazı konusu olan özel kreşlere başvurma olanakları kısıtlı-ebe, hemşire ve hasta-bakıcıların sorunu olarak da ortaya çıkmaktadır.

İşçi kadın sanki bu haklarından istifade edebiliyor mu? demek gerekir. Kaldı ki, bizler işçi kadının kazanılmış haklarını korunması için yanında olmak zorundayız. Çünkü sorunu işçi kadın memur kadın biçiminde ele almak yanlıştır. Sorun çalışan tüm kadınların sorunu olmaktan öte toplumsal bir yara niteliğindedir.

Şöyle bir etrafımıza bakarsak kimi yerde 100'ü aşkın, kimi yerde 300'ü aşkın bayan sağlık personelinin çalışmakta olduğunu kolaylıkla görebiliriz. O halde işyerlerimizde kreş ve emzirme odaları açılmasını istemekle, geleceğin Türkiye'sinin beder ve ruh sağlığı yerinde bireylerinin yetiştirilmesi yolunda ileri, çağdaş ve haklı bir adım atmış olacağız.

16/10/1976

Dr. Sevim TANSU
Kadıköy/İstanbul

İnterlerin Sorunları

Hacettepe Ünivertesi son sınıf öğrencilerine «İntern» denilmekte Amerikadaki gibi. İntern sözcüğü, tıp fakültesi son sınıf öğrencisi anlamına geliyor. Yönetmeliklerde hazırlık sınıfından sonraki altı yıllık tıp fakültesinin son sınıfı «İnternlük» olarak kabul edilmekte, internerlerin öğrenci oldukları kesin bir şekilde beirtilmektedir. Bu yazılı belgelere göre öğrenci olarak tanımlanan bizler, uygulamada hastane çalışmalarına aynen bir birinci yıl asistanı gibi katılmaktayız. Örneklersek hastanenin bütün bölüm-

Okuyucu Mektupları

Büyük Sağlık Merkezlerinde Kreş ve Emzirme Odalarının Açılması Zorunludur

Sayın TOB Dergisi,

İlk sayımızdan itibaren okuyucunuzum. Önce aralıksız ve çizginizde sapmadan sürdürdüğünüz çalışmalar-
dan ötürü yürekten kutlarım. Bu alanda bir boşluğu doldurduğunuzu söylememe bilmem gerek var mı?

Aslında yazdığım sorunu bugüne-
dek ele almayışınızdan ötürü kınayamayacağım. Çünkü sağlık sorunu sizin de vurguladığınız gibi öyle çarpık öyle karmaşık ki, neresini tutsanız elinizde kalıyor...

Sorun geleceğimizin umudu, ciğerimiz, bir parçamız olan çocuklarımız için her bakımdan güvenebileceğimiz kreş ve çocuk yuvalarının olmayışdır.

Okulda çocukların ilk günden itibaren nasıl yetiştirileceğini öğrendik. Ben de çocuğumu öyle yetiştirmek isterdim. Gel gör ki, yeni yürümeye ve konuşmaya başlayan çocuğum, yetmiş yaşındaki anneannesinin elinde. Pek tabii ki, kendisi bakıma muhtaç olan annem çocuğuma yetişemeye-

cek. Ayrıca hayatı yeni yeni kavramaya çalışan çocuğun kafası yetmişlik bir ihtiyarın değer yargılarına göre şekillenecek...

Sorun hakkında şimdiyedek yapabildiğim ancak kuru yakırmalardan öteye gitmiyordu. Oysa Mustafa Kemal'in dediği gibi «Hak verilmez, Alınır» Biz istemezsek daha doğrusu istemesini bilmezsek ancak kuru yakırmalardan öteye gidemeyiz.

Halbuki 1961 Anayasasının başlangıç hükmünde ve 2. maddesinde «Sosyal Hukuk Devleti ilkesi» benimsenerek 43. cü maddede «Çocuklar, gençler ve kadınlar çalışma koşulları bakımından özel olarak korunurlar» denilmektedir.

1475 sayılı İş Yasasına bağlı olarak çıkarılan Tüzük hükmüne göre 100 kadın işçi çalıştıran işyerlerinde 0-1 yaş arasındaki çocuklar için süt emzirme odası, 300 den fazla kadın işçi çalıştıran işyerlerinde 0-7 yaş arasındaki çocukların bakılacağı kreşler açılması için işverenler yükümlü

lerinde internler asistanlar gibi hasta alıp izlemekte, tedavisini yapıp taburcu etmekte, o bölümün asistanlarıyla birlikte iki üç ya da dört günde bir nöbete kalmakta gerektiğinde bütün servisi tek başına idare etmektedir. Bu nöbetler sıklıkla tatil günlerine raslamakta, fakat yirmi dört saat sürekli çalışan intern, ertesi gün hiç dinlenmeden yeni bir iş gününe başlamak zorunda kalmaktadır. Çünkü yönetmelikte «öğrenciler haftada 36 saat ders alırlar» denmekte, parantez açılıp «stajlar ve nöbetler hariç» diye eklenmektedir.

Yönetmelikte internler hakkında, öğrenci oldukları dışında bir not bulunmamaktadır. Sonuç olarak, yönetmelikte yazılanlar ile hastanede uygulananlar birbirine uymamaktadır. Biz internler, yalnızca birinci yıl asistanlarının işlerinin aynısını yapmakla kalmıyoruz, gerektiğinde hemşirelik postalık, sekreterlik görevlerinin de bir kısmını yüklenmek zorunda kalıyoruz. Bu yorucu çalışmaların yanında bize özel bir eğitim de yapılmıyor. Bu çalışma temposundan ve nöbetlerden fırsat bulup da kendi çalışmamız, tıbbi kitap ya da dergi okumamız da mümkün olamamakta.

Bütün çalışmalarımızın karşılığında da bizlere bedava yemek, bir doktor önlüğü, 83 arkadaşaya ayda kırk beş lira karşılığında bir yurt odası verilmekte. Öğrenci harçlığı adı altında ayda 598 lira ödenmektedir. Bu verilenler hastanenin gelirine yaptığımız katkılar yanında bir hiçtir. Aynı zamanda günümüzün koşullarında doktor adı altında çalışan bir kişinin cep harçlığı bile olmaktan uzaktır.

Burada şunu da söylemek gerek: Biz internler, sorunlarımızın Türkiye'nin sağlık sorunlarından ayrı düşünülmeceğini de biliyoruz. Biliyoruz ki, sağlık hizmetleri para karşılığı satılmaya devam ettikçe, hastaneler de daha fazla kâr elde edebilmek için, hizmet görenlere daha az para vermek için uğraşacaklar, her çalışandan da karşılığı verilmeden daha çok emek bekleyecekler.

Bütün bu söylenenlerden sonra, «O halde internlük kaldırılсын mı?» diye sorulabilir. Biz bu soruya «Hayır» diyoruz ve şunları savuruyoruz: En azından internlük kurumu yeniden gözden geçirilmeli, yöneticilerle aramızda bir diyalog kurulmalı, bunun için toplantılar düzenlenmeli; sonuç olarak internlük öğretici, hastaneye hizmet götürücü, ama interne de hizmetinin karşılığını veren bir dönem haline getirilmelidir.

İnt. Dr. Nafiz DEMİRAĞ

Intern Olacaklara Öğütler.

Arkadaş, seni zorlu bir yıl bekliyor. Doktor olabilmek için önümüzdeki internlük engelini de aşman gerekiyor. Bu güç dönemi atlatabilmen için sana kolaylıklar sağlayabilecek bazı öğütlerim olacak.

Bir kere bütün kitaplarını; ders kitaplarını da ötekilerini de, güzelce derle topla, artık sandık odası mı olur, dolaplar mı olur, bir yerlere kal-

dır ki, internlük boyunca gözlerin onlara ilişmesin. Yoksa ara sıra da olsa kitaplarını görürsün, «Ah, şu konuyu da okuyabilseydim, aman falan dersi de öğreniverseydim» diye kendi kendini yersin.

Dostlarınla vedalaş. Onlara, «Benim uzak bir ülkeye filan gittiğimi düşünün, ya da uzun bir yolculuğa çıktığımı farzedin» de. Çünkü, internlüğünde bunca işin arasında dostlarını düşünebilisen bile onları arayacak zaman olmayacaktır. Onlar zaten seni evinde bulamayacaklardır, hastanede de.

Ke dinl uyku uyumadan yaşama-ya alıştır. Daha intern olmadan önce uykunu yavaş yavaş azalt. Yedi saat-ten altı saate, altı saatten dört saate, dört saatten iki saate indirmeye çalış. Hele bir de hiç uyumadan yaşamaya alışabilirsen, i deal bir intern alma yolundasın demektir. Böylece, taburcu olan hastalarının çıkış özetlerini gece]eri yazabilirsin.

Öğlen yemeklerini en çabuk nasıl yiyebileceğini de şimdiden planlasan iyi olur. Çünkü genellikle yemek yer yemez servise dönmen ve öteki nöbetçi arkadaşını yemeğe göndermen gerekecek. Eğer hiç öğle yemeği yememeyi öğrenirsen iyi intern olmak için büyük bir adım ettin demektir. Ha, sahi, kahvaltı diye de bir şey vardı. Neydi o?

«Öğrenci harçlıkları»nı almaya giderken ceplerinde ufak delikler ol-masına dikkat et. Çünkü, bir aylık uğraşmadan sonra aldığın para, minicik bir delikten kayıp düşebilir.

Ara sıra dikkat et, servisteki asis-tanların da senin gibi ordan oraya koşturmak zorunda olduklarını gör. Doktor olup da hastaneye girdiğin zaman aldığın paradan başka hiçbirşeyin değişmeyeceğini düşün. Eğer hasta nede asistan kalmaya niyetin varsa, başını önüne eğ ve kâderine razı ol. «Hastalar bizim hizmetlerimizin de katkısıyla iyileşiyor hastaneye her hasta binlerce lira ücret ödüyor bu paralardan bizim payımıza ayda 598. Lira mı düşünüyor?» gibi düşünceleri hemen kafadan uzaklaştır, böyle düşünenlerle de arkadaşlık etme.

Zaman zaman kendine şu sözle-ri tekrarla, ya da bir kağıda yaz, çok sıkıldığında açıp okursun : «Ben de büyüyünce uzman doktor olacağım, çok çok para kazanacağım, yazlık evlerim olacak, güzel güzel otomobillere binip güzel güzel elbiseler giyeceğim.»

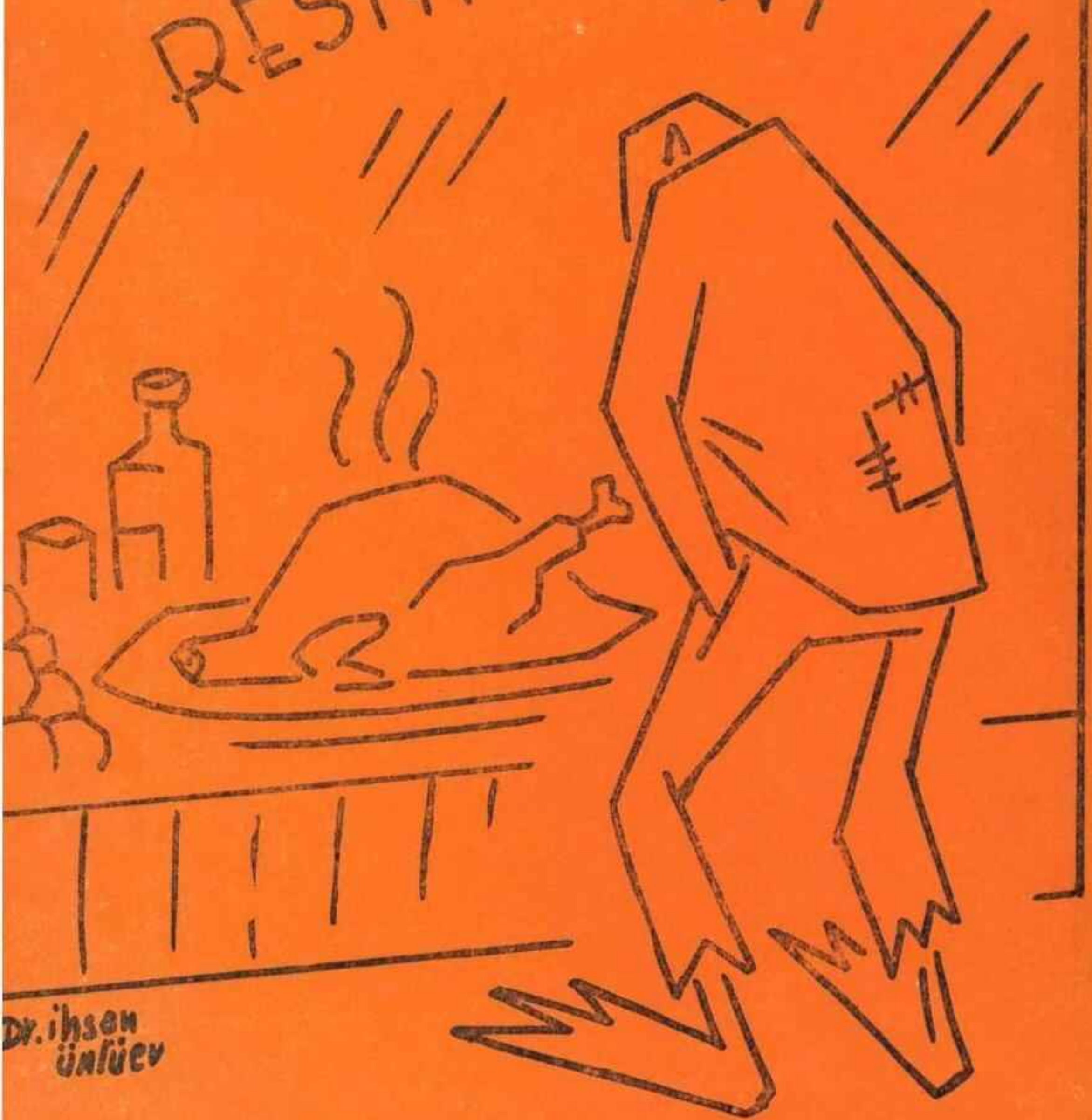
Eğer bütün bu öğütlerden sonra yine de bu internlüğünü çekemeyecek gibiyisen, sana daha etkili bir yol göstereceğim.

Bak arkadaş, bu ülkede üç milyon açık işsiz var. Elbet bunların için beş yüz doksan sekiz liraya bu kadar işi yapmayı kabul edecek birileri de çıkar. Sen de böyle birisini bul, onunla anlaş senin yerine internlük yapsın. Nasıl olsa internlük yapmak için bunca yıl okuduklarını bilmeye hiç mi hiç gerek yok. Yalnız dikkat et, diplomayı da anlaştığın adama vermesinler.

Haydi, başarılar.

İnt. Dr. Caner FİDANER

RESTAURANT



Dr. İhsan
Ünlüev

REJİM